

CONSIDÉRATIONS SUR 36 CAS

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE INFANTILE

OBSERVÉS A LA CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

PENDANT L'ANNÉE 1891

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 12 juillet 1892.

PAR

Charles VOUILLEMIN

Né le 15 Avril 1833, à Bourmont (Haute-Marne)

PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE

— Strasbourg, 10 Mai 1858 —

MEMBRE DU CONSEIL D'HYGIÈNE DU DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-MARNE

MAIRE DE SA VILLE NATALE

— Elections du 1^{er} mai 1892 —

Examineurs: { MM. Feltz, président.
Demange, professeur.
Simon, agrégé.
P. Parisot, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0051

CONSIDÉRATIONS SUR 36 CAS
DE
FIÈVRE TYPHOÏDE INFANTILE

OBSERVÉS A LA CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

PENDANT L'ANNÉE 1891

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 12 juillet 1892.

PAR

Charles VOUILLEMIN

Né le 15 Avril 1833, à Bourmont (Haute-Marne)

PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE

— Strasbourg, 10 Mai 1858 —

MEMBRE DU CONSEIL D'HYGIÈNE DU DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-MARNE

MAIRE DE SA VILLE NATALE

— Elections du 1^{er} mai 1892 —

Examinateurs : { MM. Feltz, président.
Demange, professeur.
Simon, agrégé.
P. Parisot, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

COZE *, I Q, V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q, BÉCHET, I Q.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I Q, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I Q, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ *, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Hygiène	M. POINCARÉ *, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A Q, professeur.
Matière médicale et Thérapeutique....	M. SCHMITT, A Q, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A Q, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A Q, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS *, A Q, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, A Q, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A Q.
GUÉRIN, A Q.
RENÉ, A Q.

MM. NICOLAS, A Q.
VAUTRIN A Q.
SIMON, A Q.

MM. REMY.
P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE: M. SCHLAGDENHAUFFEN, I Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS , A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FELTZ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

P. SIMON

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE NANCY

DE L'ÉCOLE DE DIJON

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR CLÉMENTINE

A MA SŒUR ÉLISA

A MES PARENTS ET AMIS

A MON FILS

CHARLES-ERNEST VOUILLEMIN

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE — LIEUTENANT AU 38^e RÉGIMENT D'ARTILLERIE

Témoignage affectueux d'une constante satisfaction.
Hommage de son premier maître.

A LA MÉMOIRE DE SA PIEUSE MÈRE

A MA SŒUR LYDIE

RELIGIEUSE DE LA DOCTRINE CHRÉTIENNE

A MON COUSIN AUGUSTIN DENIS

CHANOINE DE LA CATHÉDRALE DE LANGRES

INTRODUCTION

Pendant l'année 1891, à la clinique des maladies des enfants, hôpital civil de Nancy, service de M. P. Simon, professeur-agrégé, nous avons eu l'occasion d'observer 36 cas de fièvre typhoïde. Nous avons jugé intéressant et utile pour nous-même d'étudier à la lumière des faits les descriptions des auteurs. Nous avons vu nos propres remarques confirmer le plus souvent les données classiques, et, parfois, en différer par des particularités que nous avons cherché à mettre en relief. Sur l'avis de notre jeune maître, nous avons fait de ces observations et des considérations qui s'y rattachent, le sujet de notre thèse inaugurale.

Loin de nous la prétention de fournir un tableau complet de la fièvre typhoïde infantile. Nous n'avons en vue qu'une sorte d'étude critique, ayant pour base principale l'observation clinique.

Le plan que nous nous sommes proposé est le sui-

vant : Après quelques généralités relatives à l'âge et à des questions d'étiologie, nous ferons un exposé de nos remarques 1° sur la température, 2° sur le pouls. Nous exposerons ensuite les modifications que nous avons vu se produire sur les différents appareils, appareil de la digestion, de la circulation, système nerveux ; puis nous parlerons de la marche, de la durée, des complications, de la convalescence et des rechutes.

Nous terminerons par le traitement.

Mais, tout d'abord, qu'il nous soit permis d'offrir à notre président de thèse, M. le professeur Feltz, l'expression de notre vive reconnaissance pour l'accueil obligeant, l'intérêt et la sympathie dont il a bien voulu nous honorer, pendant nos études médicales.

Qu'il nous soit permis également de remercier publiquement M. le professeur-agrégé P. Simon ; c'est lui qui nous a guidé dans notre travail, avec une bienveillance extrême.

Que M. Simon veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude.



CHAPITRE I^{er}

Conditions Générales

La fièvre typhoïde, longtemps méconnue dans la clientèle infantile, n'y est plus actuellement considérée comme rare ; et même elle s'y est trouvée plus fréquente que chez les adolescents ; à Kiel, dans une épidémie, de juin 1884 à février 1885, Starck a compté 100 enfants sur 152 typhiques.

Influence de l'âge. — Peut-elle se développer à toutes les périodes de l'enfance ?

Pour la grande majorité des auteurs, la dothiènementérie est très rare dans les deux premières années de la vie. A l'âge de 6 mois, en 33 ans, Murchison n'a vu qu'un malade succomber à cette affection ; à l'âge de 7 mois, Hérard, Schödler, Rilliet n'ont observé chacun qu'un cas mortel. A l'âge d'un an, Parrot ne compte personnellement qu'une observation. Contesant certaines observations de dothiènementérie dans le tout jeune âge, parce que le diagnostic ne repose que sur les données de l'anatomie pathologique, avec des renseignements cliniques insuffisants, Parrot dit qu'avant 6 mois son existence n'est pas démontrée. Or, à l'encontre de cette assertion, nous avons un cas de fièvre typhoïde à 2 mois, observé dans le service

de M. le professeur Simon, et nous pouvons opposer aux sceptiques l'observation suivante :

OBSERVATION I. — S. Emile, 2 mois, entré le 8 juillet 1891. Une sœur morte il y a 2 mois de la fièvre typhoïde, une sœur actuellement dans le service pour fièvre continue ; la mère aussi à l'hôpital. — 9 juillet, t. 38°5. Face pâle, enfant amaigri, langue humide ; facies un peu grippé ; érythème des fesses ; respiration nette ; pas de diarrhée. 10 juillet, t. matin 38°2, soir 39° ; pas de diarrhée, pas de vomissements ; ne boit pas beaucoup. Petites taches rosées ; respiration nette. 11 juillet, diarrhée verte, n'a pas vomi.

Autopsie : une demi-douzaine de plaques tuméfiées, une ulcérée. Rien dans le gros intestin.

A l'âge de 2 ans, nous avons eu 2 cas, dont l'un remarquable par ses particularités. Nous commençons par rapporter l'observation.

OBSERVATION II. — H. Louise, 2 ans, entrée le 19 novembre 1891 (Pl. I. tracé I). — Pas d'antécédents héréditaires ; prise, il y a un mois, 15 jours durant, d'une forte diarrhée, avec vomissements ; ensuite constipation. Depuis 15 jours, œdème successif aux pieds, à la face, au niveau des arcades sourcilières. Soif vive. Appétit conservé.

Etat actuel : Enfant lymphatique, face bouffie, œdème aux paupières supérieures, aux pieds, jambes, mains ; urines non albumineuses. Avec quelques gouttes de perchlorure de fer la diarrhée s'arrête, les selles deviennent régulières ; la bouffissure est moins accentuée.

Du 30 novembre au 3 décembre la température s'élève en ligne droite, sans rémissions, de 36°2 à 36°8. Le 4 décembre rémission matinale : 37°8, rémission vespérale 36°8. Le 5 au matin ascension ; 38°, le soir l'acmé est atteint : 39°. Les selles sont restées régulières, sauf une selle sanguinolente ; l'œdème a disparu.

Le 6 décembre l'œdème a disparu ; la respiration est nette ; les bruits du cœur, nets. Il n'y a pas d'ascite ; l'estomac dilaté vient

jusqu'à l'ombilic ; la rate n'est pas augmentée. Le 8, langue blanchâtre, ventre ballonné, une selle diarrhéique ; a vomi la nuit. Pas de taches rosées, t. 38°. Le 9, ventre ballonné, dur ; diarrhée abondante, jaune, fétide, t. 36°8, 37°4. Le 10, 4 selles diarrhéiques ; ventre ballonné, respiration nette, pas de taches rosées nettes. Le 12, épistaxis, t. 37°8 m., 38° s. Le 14, 4 selles diarrhéiques, une selle molle ; son moins clair à la base droite ; quelques taches rosées mal déterminées à l'estomac et aux cuisses. Le 17, selles légèrement moulées, 36°8 m., 37°8 s. Le 20, une demi-douzaine de taches rosées. Le 24, mange, boit, plus de diarrhée, t. 37°. Le 25, ascension, 38°8 s., ventre à nouveau ballonné. Le 28, 37°, 37°6. Le 29, taches rosées douteuses, 37° et 37°2, selles demi-moulées, respiration nette.

Le 7 décembre, 37°, 37°. Etat général très bon.

On voit que l'observation, muette sur les prodromes, ne mentionne non plus aucun symptôme de début ; pas d'inappétence, pas de troubles gastriques ni abdominaux ; pas d'insomnie, d'agitation ni de délire, pas d'épistaxis. L'invasion, si elle a lieu, n'est ni brusque ni progressive ; elle est insensible et latente. Plus tard des symptômes s'accusent, et uniquement du côté de l'appareil digestif.

Quant à la courbe thermique, elle semble, au premier coup d'œil, ne rien révéler ; elle figure un tracé irrégulier, sans rapports apparents avec la dothiëntérie, (planche I, tracé I).

Plus loin, nous verrons que ce sont les types irréguliers qui, avec les symptômes les plus nombreux, les plus bruyants, donnent les températures les plus hautes, la marche la plus accidentée par des complications diverses. Ici, au contraire, avec des symptômes peu nombreux, peu intenses, nous avons une moyenne

thermique relativement basse, une allure tranquille, sans complications, à tel point que l'on peut se demander si le diagnostic de dothientérie a eu sa raison d'être. Nous avons donc à le justifier.

Or, si nous envisageons les symptômes qui nous font défaut, nous verrons qu'ils ne sont pas des symptômes constants. A 3 ans, dit Parrot (à plus forte raison à 2 ans), la céphalalgie est très rarement accusée, soit qu'elle n'existe pas, soit que les enfants, qui localisent mal la douleur, ne sachent pas la signaler. Quant aux autres manifestations du système nerveux, il y a peu d'abattement dans la journée, rarement de la stupeur, jamais d'état comateux. Ch. West (1) exprime une opinion analogue; il dit que l'enfant se plaint peu de la tête. Dans nos propres observations, nous avons, 10 fois sur 36, absence de céphalalgie, et principalement dans le tout jeune âge, 4 fois sur 6, à 3 ans et au-dessous.

Le délire, nous ne l'avons noté que chez 8 de nos malades et jamais au-dessous de 6 ans. L'épistaxis ne s'est produite qu'une fois sur quatre; si H. Louise n'a pas d'épistaxis au début, elle en a une vers le 12^e jour, et Parrot relate que chez les enfants les épistaxis sont tardives. Nous ne saurions donc, pour ces motifs, écarter le diagnostic de fièvre typhoïde, nous croyons au contraire le devoir porter, et nos raisons sont les suivantes.

Si un coup d'œil superficiel ne révèle pas dans la courbe le tracé propre à cette affection, il n'en sera

(1) Ch. West, *Leçons sur les maladies des enfants*.

pas de même d'un examen un peu approfondi ; alors on pourra reconnaître les 3 périodes d'oscillations ascendantes, stationnaires, descendantes. Au stade ascensionnel nous voyons, entre 2 maxima, une rémission momentanée suivie d'une recrudescence qui conduit à la fièvre continue ; c'est une particularité que nous aurons à mentionner comme spéciale à la fièvre typhoïde, quand, au chapitre de la température, nous rapporterons nos observations sur la période d'augment : « La température, dit Homolle(1), peut atteindre rapidement un premier maximum, puis subir une rémission momentanée, suivie d'une recrudescence qui conduit à la fièvre continue. »

La période d'état, figurée par une courbe irrégulière et anormale aux 2^e et 3^e septénaires, est classique pendant le 4^e ; de plus elle offre deux détails caractéristiques : au 7^e jour une rémission passagère plus forte, et, du 28^e au 31^e, un stade amphibole.

Au stade de défervescence, la coupe est typique.

Mais non seulement la marche de la température nous donne des signes probants ; nous en avons aussi d'autres, qui sont loin d'être dépourvus de valeur et qui, joints aux premiers, donnent au diagnostic un caractère de certitude. Ces signes sont les taches rosées, les troubles gastro-intestinaux ; nous y joindrons quelques considérations sur l'influence des milieux.

Au sujet des taches rosées lenticulaires on voudra bien reconnaître que, si elles sont mal déterminées

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Jaccoud, fièvre typhoïde.

les 10 et 29 novembre, elles sont nettes et indubitables le 20 décembre.

Quant aux signes gastro-intestinaux, nous voyons, à l'arrivée de la malade, ces troubles fonctionnels au 2^e septénaire : une langue blanchâtre, un ventre ballonné, un vomissement. Précédemment nous avons noté une selle sanguinolente. Nous constatons un estomac dilaté, et nous savons que H. Louise était dans une même salle avec plusieurs typhiques, voisine de l'une d'elles ; estomac dilaté, milieu typhique : deux causes corrélatives dont nous allons montrer l'importance.

Nous parlerons auparavant du milieu interne. Nous savons que H. Louise était une enfant lymphatique, préalablement affaiblie par une forte diarrhée, qui avait duré 15 jours, avec des vomissements et par un œdème cachectique presque généralisé. Peut-être dira-t-on qu'il faut plutôt voir là une cause d'immunité, puisque la fièvre typhoïde atteint de préférence les individus qui sont en pleine santé. A cette objection nous pourrions répondre que cette préférence ne s'exerce pas d'une manière absolue, que sur nos 36 malades, 10, soit 28 p. 100, étaient d'une constitution délicate, lymphatique, chétive ou débilitée ; que si les cliniciens reconnaissent aux individus dont la santé est altérée plus de résistance à l'invasion typhique, ils ne laissent pas de faire des réserves au sujet de ceux qui ont des troubles gastro-intestinaux, et même de voir dans les troubles gastro-intestinaux, une cause prédisposante.

A ce titre, H. Louise était prédisposée.

Passons à l'influence du milieu externe.

Nous avons dit que H. Louise était dans une salle commune, avec des typhiques, voisine de l'une d'elles. Faut-il voir là une cause ?

Rarement observée dans leurs services par Louis et Chomel, très-rarement par Murchison (5 p. 1000), Liebermeister (2 1/2 p. 100), la contagion fut déclarée presque nulle dans les hôpitaux par Quinquaud.

Cette déclaration fut reconnue exagérée. Des cas intérieurs de fièvre typhoïde ont été observés, au nombre de 6 à 8, par Zimmermann, à l'hôpital de Bâle, au nombre de 9 par Lauza, à Vincennes, au nombre de 25, en 1878 et 1879, par le médecin inspecteur Daga, à l'hôpital de Nancy. Actuellement les cas intérieurs ont cessé d'être considérés comme nuls.

Il y a plus. Chez certains sujets, chez ceux qui ont une dilatation de l'estomac, les observations de contagion ont paru fréquentes : « Je ne sais » dit Le Gendre, (thèse de Paris 1886, Fièvre typhoïde et dilatation de l'estomac) « si M. Bouchard et moi avons été particulièrement favorisés au point de vue de la fréquence des observations de contagion que nous avons rencontrée. M. Bouchard disait à son cours avoir observé 12 cas de contagion intérieure en 2 ans dans son service, et moi j'en ai pu réunir 7, qui tous se produisirent, comme chez les malades qu'avait vus M. Bouchard, chez des dilatés. Peut-être cette fréquence de la contagion dans le service de Lariboisière s'explique-t-elle précisément par le grand nombre de dilatations de l'estomac, que le hasard, ou plutôt les études particulières de M. Bouchard y rassemblent. »

Or, si nous considérons que Louise H. était voisine d'une typhique, dans la même salle que plusieurs autres typhiques, qu'elle avait une dilatation de l'estomac; d'autre part, si nous considérons que les cas intérieurs, généralement assez rares, semblent être très fréquents chez les dilatés; si nous considérons qu'à cette cause prédisposante une autre s'est jointe, celle des troubles gastro-intestinaux, une selle sanguinolente, qu'elle a eu des éruptions de taches rosées, une épistaxis tardive, que son tracé thermique présente des signes manifestes d'un tracé de dothiementésie, nous croyons être pleinement en droit, malgré l'irrégularité de sa courbe, le peu d'élévation de sa moyenne, malgré le peu de symptômes fonctionnels et leur peu d'intensité, nous croyons être pleinement en droit de porter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Voyons, maintenant, quelle est, en général, la fréquence selon les âges, et quelle fréquence nous avons pu reconnaître.

Selon Cadet de Cassicourt, elle aurait plus de fréquence au-dessus qu'au dessous de 8 ans.

Picot et d'Espine, Baginsky lui attribuent plus de fréquence à partir de 5 ans.

Nous mentionnerons quelques chiffres :

Archambault, sur 165 cas, a compté

à 21 mois . . .	2 cas
de 2 à 4 ans.	9 —
— 4 à 6 —	17 —
— 6 à 8 —	20 —
— 8 à 10 —	23 —
— 10 à 12 —	41 —
— 12 à 14 —	53 —
	165 —

Henoch, sur 82 :		
de 0 à 1 an	2 cas	
— 2 à 5 —	21 —	
— 5 à 10 —	59 —	
	82	

Steffen, sur 63 :		
de 0 à 1 an	1 cas	
— 3 à 6 —	28 —	
— 6 à 9 —	34 —	
	63	

Cadet, sur 276 cas, en compte 63 avant et 211 après 8 ans. Pour nous, recherchant ses rapports avec les âges, voici ceux que nous avons constatés :

1 cas au-dessous de	1 an
3 —	de 1 à 3 ans
3 —	— 3 à 6 —
12 —	— 6 à 9 —
16 —	— 9 à 12 —

Ainsi la fréquence augmenterait avec l'âge, et d'autant plus que l'enfant approcherait de l'adolescence.

Influence du sexe. — Rilliet et Barthez, Picot et d'Espine et nombre d'auteurs ont attribué une influence au sexe et reconnu un degré de prédominance chez les garçons. Baginsky estime que le sexe ne joue aucun rôle. Chez nos malades nous comptons, pour 15 garçons, 21 filles, contrairement à l'opinion la plus répandue.

Influence de la saison. — « La saison, dit Baginsky, « exerce une grande influence sur le développement « de la fièvre typhoïde. A Berlin, les épidémies éclo- « sent avec une régularité surprenante vers la fin « d'août et durent jusqu'au mois de décembre. « L'automne serait la saison la plus favorable au dé- « veloppement du typhus abdominal ».

Ici, excepté en avril, nous avons eu des malades dans chaque mois, 6 dans chacun des deux mois de novembre et décembre, 1 seulement dans chacun des deux mois d'août et septembre. Novembre et décembre donnent le chiffre le plus élevé, avril un chiffre nul ; août et septembre, le chiffre le plus bas ; les autres mois ont donné des chiffres intermédiaires. Nous ne pouvons toutefois innocenter que sous réserve nos mois d'août et de septembre ; c'étaient des mois de vacances ; des observations ont pu nous échapper.

CHAPITRE II

Température.

La courbe de la température constitue le plus important des symptômes, et plus elle se rapproche de celle dite classique, moins l'affection accuse de gravité. Cette courbe présente-t-elle, chez l'enfant, la même élévation, le même ensemble que chez l'adulte, présente-t-elle des périodes distinctes d'augment, d'état, de déclin ; quelle est la durée de ces périodes, la régularité de leur évolution ; cette évolution offre-t-elle des signes pour le diagnostic : tels sont les points qui doivent appeler notre attention.

Nous commencerons par dire ce que nous avons pu observer relativement à l'ensemble.

Courbe thermique en général. — Par le fait de l'ar-

rivée tardive de nos malades, nous n'avons pu recueillir qu'un seul tracé complet, celui d'une enfant de 2 ans, H. L., qui a contracté la fièvre typhoïde dans le service; nous ne pouvons le donner comme type, à cause de ses irrégularités; nous en avons parlé au premier chapitre.

Une autre, G. Fanny, 11 ans (pl. II tracé, n° II), reproduit dans une rechute l'évolution du cycle fébrile. La courbe, malgré l'irrégularité de sa marche, est nettement dessinée, les 3 périodes d'oscillations ascendantes, stationnaires, descendantes, sont parfaitement distinctes, et même, avec le type classique, le second stade de la période d'état. Au 1^{er} stade de cette période le thermomètre oscille entre 39° et 40°; au second stade, entre 38° et 39°, moyenne 38°,5.

C'est là, sur l'ensemble de la courbe, tout ce que nous avons pu constater; nous allons passer à l'examen de ses parties, c'est-à-dire de chacune de ses périodes.

Période d'augment. — On sait qu'à la période d'augment la température monte en zigzags, s'élevant du matin au soir de un à un degré et demi, baissant du soir au matin d'un demi à trois quarts de degré; l'acmé est atteint le plus souvent du 4^e au 5^e jour; cette température maxima varie de 40°, 40°,5; mais habituellement elle est entre 40°,2 et 40°,8. Ce chiffre, dit Wunderlich, n'est atteint que pendant un seul jour, d'ordinaire dans l'après-midi, parfois aussi pendant deux et rarement pendant cinq jours (Bernheim).

Nous avons, à la période d'augment, les deux observations ci-dessus relatées, H. Louise et G. Fanny;

en outre celle d'une rechute dont la marche lente et graduelle, à la période d'ascension, s'écarte à peine du type classique. (G. Marie, pl. III, tracé, n° IV.) L'acmé n'y est atteint qu'une fois, le soir du 5^e jour. Il est de 39°,5, inférieur à celui de l'adulte (40°,2, 40°,8, Bernheim).

Chez les deux autres, l'acmé, également inférieur à 40°, est atteint le soir du 5^e jour, mais par des oscillations irrégulières et anormales (pl. I et II, tracés n°s 1 et 2).

Chez H. Louise (pl. I, tracé n° I), il n'est atteint qu'une fois, et l'ascension est entrecoupée d'une rémission momentanée, rémission signalée par Homelle. Chez G. Fanny, le chiffre de l'acmé est atteint une seconde fois, détail signalé par Wunderlich, comme nous l'avons mentionné ci-dessus.

Période d'état. — C'est elle surtout qui fait le caractère de l'affection. Selon qu'elle évolue régulièrement durant un seul, ou bien durant 2 ou 3 septénaires, selon que, dans le 3^e septénaire, l'évolution continue ou cesse d'être régulière, la maladie revêt une forme bénigne ou plus ou moins grave. Aussi est-ce d'après la durée et la régularité de la période d'état que notre savant maître, M. Bernheim, a établi des types différents dans la fièvre typhoïde.

M. Bernheim distingue, savoir :

1° Un 1^{er} type à évolution régulière constante ;

2° Un second type, dont l'évolution cesse d'être régulière vers le 3^e septénaire.

Le 1^{er} type comprend 3 variétés, suivant que la période d'état occupe 1, 2, 3 septénaires.

Voyons si ces différents types se rencontrent parmi ceux que nous avons observés.

Type régulier. — 1^{re} variété. — Période d'état : 1 septénaire

Nous n'avons, sur le degré atteint, que des données incomplètes ; nous ne pouvons dire si les oscillations du 1^{er} stade de cette période ont été habituellement plus courtes que celles du second stade ; nous ne savons non plus si les premières ont tourné autour d'un point fixe plus élevé que celui des secondes (Cadet de Cassicourt), et cela pour une cause déjà mentionnée, l'arrivée tardive de nos malades à l'hôpital. Mais si nous n'avons pas cette période au complet, nous avons au moins des traces certaines de son évolution. Nous avons la défervescence dite du 7^e jour, le commencement de la défervescence, vers le 12^e jour ; nous avons la perturbation critique qui parfois la précède (Bernheim) ; nous avons l'apyrexie, du 19^e au 20^e jour. Aussi, partant de ces considérations, nous pourrions ranger dans ce cadre 16 de nos cas, soit une proportion de 44,4 p. 100 ; 2 cas au-dessous de 4 ans, 3 de 4 à 8 ans, 11 de 8 à 10 ans. Si nous avons égard au sexe, nous trouvons 7 garçons et 9 filles. Quant au degré de température, aux derniers jours de cette période d'état, nous comptons, autant qu'il nous a été possible, une moyenne de 39°.

La défervescence du 7^e jour peut varier dans sa date ; elle peut se produire du 6^e au 8^e (Jaccoud), au 2^e (Cadet de Cassicourt) ; nous l'avons notée au 8^e (pl. VIII, tracé XIII.)

S... Victor nous fournit un exemple de la perturbation critique qui parfois précède la défervescence, le

matin du 13^e jour, au lieu d'une dépression nous avons une ascension. Cette perturbation est figurée dans le tracé III, pl. III.

Type régulier, 2^e variété. — Période d'état : 2 septénaires.

Ce type s'est accusé chez deux de nos sujets, soit dans une proportion de 5,5 p. 100. G... Henri, 6 ans, observ. XI. G... Catherine, 10 ans. Chez l'un et l'autre la période d'état a duré 2 septénaires, la défervescence a commencé les 20 et 21^e jours. G... Catherine n'étant venue que le 16^e, nous ne pouvons rien dire sur la marche de sa température. G... Henri est entré le 9^e jour ; jusqu'au 15^e ce sont des oscillations régulières entre 38°2 et 39°2, moyenne quotidienne 38°6, puis, du 15^e au 16^e, les oscillations diminuent sensiblement d'amplitude, se dessinent presque en plateau, avec très légère élévation de la moyenne. Nous reproduisons le tracé, pl. IV, tracé V.

Type régulier. 3^e variété. — Période d'état : 3 septénaires.

C'est le cas de N...Edouard (pl. V, tracé VI), 11 ans, entré le 9^e jour. Du 12^e au 17^e, 2^e septénaire, la température est de 38°, 38°4, moyenne 38°2. Du 19^e au 26^e, 3^e septénaire, température 38°, 39°, moyenne quotidienne 38°5 ; donc accroissement au 3^e septénaire. La défervescence ne commence que le 27^e jour, 4^e septénaire.

Type irrégulier

Le cycle, jusque là régulier, affecte dans la 3^e semaine une marche irrégulière, variable dans chaque cas.

A ce type se rapportent deux de nos cas, G... Marie-Louise et P... Élise.

1° G... Marie-Louise, 9 ans, entrée le 11^e jour, défervescence le 30^e, apyrexie le 43^e.

Du 11^e au 14^e jour cycle régulier, moyenne plus élevée que dans le type précédent; 39°8. Du 21^e au 28^e jour, 4^e septénaire, après une tentative avortée de défervescence, la courbe s'élève à nouveau, par des oscillations irrégulières et anormales, autour de 39°4. A partir du 30^e jour, défervescence.

2° P... Élise, (pl. VI, tracé VII,) 3 ans, entrée le 11^e jour, décédée le 30^e. Du 11^e au 15^e jour, marche régulière, moyenne de 40°; mais durant tout le 3^e septénaire, oscillations irrégulières et anormales autour de 39°7; du 20^e au 25^e stade amphibole, et ce trouble est précédé d'une rémission matinale plus forte, le 19^e jour, rémission signalée par M. Bernheim: « l'irrégularité est parfois annoncée par une rémission « profonde, et même par un collapsus. » (Bernheim, *Leçons de clinique médicale*).

Stade amphibole.

Wunderlich, d'après la marche de la température, a distingué plusieurs périodes dans la fièvre typhoïde. Entre la période de complet développement et celle de décroissance certaine, Wunderlich a signalé une période qui survient ordinairement dans les maladies graves et manque le plus souvent dans les affections légères, période dite d'hésitation, ou stade amphibole, qui présente des irrégularités nombreuses et plus ou moins considérables. « C'est, dit-il, pendant ce stade que les complications se présentent, et, pendant toute sa durée, qui varie de quelques jours à quelques

semaines, tout pronostic sûrement favorable doit être proscrit » (1).

M. Bernheim (2) signale le stade amphibole dans les formes où, vers la 3^e semaine, la marche de l'affection interrompt sa régularité pour prendre une allure indécise. Pour M. Bernheim, comme pour Wunderlich, cette irrégularité a une cause ; pour lui, « cette cause, c'est l'évolution des lésions secondaires que le procès terminé a laissées à sa suite : altération nécrobiotique des ulcérations, hémorrhagies, péri-tonites, propagation de la bronchite typhoïde aux vésicules pulmonaires, escarres, altération du sang et des humeurs par résorption des produits putrides et régressifs, lésions variables des centres nerveux, dénutrition, etc. »

Homolle, Picot et d'Espine reconnaissent aussi que ce stade est le propre des affections graves. Cadet de Cassicourt nous semble être le seul qui ait émis un avis opposé. « On a, dit-il, attribué au stade amphibole une signification pronostique qu'il n'a certainement pas ; on a prétendu qu'il n'apparaissait que dans les cas graves. Or, c'est là une erreur complète » (3).

Recherchons, s'il nous est possible, la cause de ce désaccord. Qu'est-ce que le stade amphibole, pour Cadet de Cassicourt ? Une élévation insolite de température comprise entre deux températures plus basses, ce qui donne à l'ensemble du tracé la figure d'une

(1) Wunderlich : *Température dans les maladies*.

(2) Bernheim : *Leçons de clinique médicale*.

(3) Cadet de Cassicourt, *traite clinique des maladies de l'enfance*.

arcade déprimée par le milieu. Ou bien le sommet de l'arcade n'est pas déprimé à sa partie moyenne et décrit une ligne plus régulièrement arrondie (pl. VIII, tracés XIV et XV).

M. Bernheim, ni Wunderlich ne lui ont assigné aucune forme ; mais ils l'ont localisé. Tous deux le placent après la période de complet développement, avant celle de décroissance certaine. Cadet de Cassicourt n'a pas de localisation fixe ; outre celle que nous venons de dire, il le place encore dans le milieu ou aux premiers jours de la période d'état ; il va jusqu'à le mentionner au 7^e jour, date trop précoce, incompatible avec la terminaison d'un procès typhique. Et tandis que M. Bernheim, avec Wunderlich, mettent la marche indécise sur le compte des modifications du *processus*, Cadet de Cassicourt enseigne, au contraire, « qu'elle ne s'accompagne d'aucun trouble dans le processus morbide, qui ne paraît en être nullement influencé. »

Ainsi Cadet de Cassicourt passe les yeux fermés sur les complications corrélatives. Alors rien d'étonnant s'il voit du stade amphibole dans les cas bénins, bien plus souvent que dans les cas graves. Mais ce n'est pas là du stade amphibole comme l'ont entendu Wunderlich, Bernheim et avec eux tous les cliniciens ; Cadet de Cassicourt range sous ce titre des irrégularités quelconques, non définies, qui échappent à toute interprétation.

Pour nous, nous n'avons pas rencontré de tracés analogues à ceux que nous avons figurés pl. VIII, tracés XIV et XV ; nous n'avons pas vu de stade amphibole

dans les cas bénins ; nous l'avons observé dans deux cas graves, dont un mortel : 1° chez H... Louise, 2 ans, forme prolongée, irrégulière, du 28° au 31° jour (observ. II, tracé I) ; 2° du 20° au 23° jour, en corrélation avec des lésions secondaires graves, chez P... Elise, 3 ans, cas mortel (tracé VII). Nous rapportons son observation.

OBSERVATION III, pl. VI, tracé VII. — P... Elise, 3 ans, entrée 10 mars 1891, malade depuis 10 jours. Fièvre, langue fuligineuse, ballonnement du ventre, diarrhée. Températures moyennes : 40°, 39°. Moyennes du pouls : 150, 158. 17° jour, tuméfaction dure, à la joue droite, du volume d'une noix. 22° jour, râles sous-crépitaux aux bases droite et gauche ; nombreuses escarres aux fesses, lombes, nuque ; écoulement purulent de l'oreille droite. Température : 20° jour, soir, dépression 38°4. — 21° jour, dépression le matin, 39°6, dépression le soir, 39°. — 22° jour, matin, 39°, soir, 39°2. — 23° jour, matin, 36°8, soir, 39°. — 24° jour, matin, 38°, soir, 40°4. — 25° jour, matin, 36°6, soir, 40°4. — 31° jour : décès.

A l'autopsie : vaste abcès de la joue. Au poumon droit, foyer purulent du volume d'un pois ; plaques de Peyer ulcérées, quelques-unes tuméfiées. — Congestion des 3 lobes du poumon droit.

Défervescence.

Jamais, dit Griesinger, la défervescence ne se fait subitement. Wunderlich lui assigne les caractères suivants : « Rémissions matinales croissantes, auxquelles succèdent de petites exacerbations, de façon que, dans l'espace de 6 à 10 jours, la température se rapproche en zigzags de l'état normal.

« Dans le jeune âge, dit encore Wunderlich, la défervescence est en général plus rapide. »

Dans nos tracés, quant à la durée, nous n'avons qu'un cas de défervescence en 10 jours.

Nous n'avons eu aucun cas de défervescence brusque comme dans la pneumonie, mode signalé par Baginsky ; mais nous avons noté des défervescences rapides ; nous avons 4 observations de défervescence en quatre jours, à 9, 6, 3 et 2 ans. La rapidité est donc indépendante de l'âge. Nous l'avons vue aussi indépendante de la forme ; car elle s'est produite : 1° dans un cas régulier et bénin ; 2° régulier avec prolongation de période d'état (G. Henri, observ. XI, pl. IV, tracé V) ; 3° dans un cas irrégulier (H. Louise, observ. II, pl. 1).

D'autre part, si nous envisageons la défervescence au point de vue de la régularité de sa marche, nous avons rencontré les types suivants :

1° Type régulier, à grandes oscillations (M. Berthe, pl. VII, tracé VIII).

2° Type régulier, oscillations diurnes aussi peu amples qu'à période d'état.

3° Type régulier et irrégulier, défervescence en ligne droite, puis en zigzags (L. Angèle, pl. VIII, tracé XVI).

4° Type tout irrégulier, droite continue (B. Eugénie, pl. IX, tracé X).

Fièvre typhoïde abortive.

Sous ce titre, M. Bernheim mentionne un 3° type, qu'il limite aux cas de courte durée, sans y comprendre ceux qui atteignent ou dépassent 21 jours, quelque atténués que soient les symptômes.

M. Bernheim, avec Jürgensen, Griesinger, Laveran, admet exclusivement sous le titre de fièvre typhoïde

abortive des cas de 4 à 16 jours de durée, sans prodromes, à début brusque, ascension rapide jusqu'à 40°, 41°, quelquefois 39°, à défervescence rapide, du 4^e au 15^e jour, en terrasse, en 24 ou 72 heures.

A ce type nous croyons pouvoir rapporter le cas suivant, où le début semble avoir été brusque ; la défervescence s'est accomplie en 72 heures ; la maladie n'a duré que 16 jours.

OBSERVATION. — B. Eugénie, 6 ans, entrée le 29 juin ; pas d'antécédents héréditaires. Malade depuis 10 jours. L'affection a débuté par de violents maux de tête, a vomi environ 1/2 verre de bile. Nuit très agitée, un peu de délire, et, par moments, perte de connaissance.

N'a pas mangé depuis 2 jours, constipée depuis 4 jours, tousse un peu depuis aujourd'hui.

30 juin, t. 38,1 ; 39,3, quelques taches rosées ; ventre un peu bouffi.

3 juillet, t. 37,7 ; 37,8. A un peu déliré la nuit. Taches rosées, ventre souple. Langue encore un peu blanche. Respiration nette sauf quelques sibilances ; pas de selles depuis 2 jours.

10 juillet : température normale depuis le 4 juillet. Bon appétit, pas de diarrhée.

Type tout irrégulier.

Indépendamment des types précités, nous avons rencontré deux cas où l'irrégularité de la courbe s'est produite non seulement dans le 3^e septénaire, mais même dès le début et à toutes les périodes. Ces cas sont ceux de :

1° S. Catherine, 9 ans.

2° H. Louise, 2 ans (obs. II, tracé I).

Résumé sur la température.

Résumant les remarques que nous avons pu faire, dans l'examen de nos courbes thermiques, nous terminerons ce chapitre par les considérations suivantes :

Courbe thermique en général. — Nous avons trouvé dans les rechûtes le tracé classique de la dothiennetérie.

Période d'augment. — Nous avons pu reconnaître l'ascension lente et graduelle. Deux cas nous ont fourni deux irrégularités, dont l'une spéciale à l'enfance.

Période d'état. — Nous avons eu, à la période d'état, une représentation de tous les types classiques, dans les mêmes conditions d'intensité, de durée, et avec toutes leurs particularités : type régulier, avec ses variantes, type irrégulier, type abortif, défervescence du 7^e jour, stade secondaire de la période d'état, stade amphibole ; de plus nous avons constaté un type particulièrement irrégulier.

Période de défervescence. — La défervescence, ainsi que les périodes précédentes, nous a reproduit les différents modes constatés chez les adultes et en outre un mode d'une irrégularité spéciale.

En somme, dans l'ensemble et dans les détails de la courbe thermique, l'enfant fournit des tracés analogues à ceux de l'adulte, et, de plus, certains tracés irréguliers sur toute la ligne.

D'autre part, si nous envisageons la température

quant au degré atteint, si nous le comparons au degré reconnu chez l'adulte, si nous recherchons les influences de l'âge, du sexe, du type morbide, nous arrivons aux résultats suivants :

Influence de l'âge. — A des âges différents, dans des cas analogues (1^{er} type régulier de M. Bernheim), nous avons, à la période d'état, les moyennes suivantes :

C. Jeanne	3 ans	37°,7
M. Berthe	8 ans	39°,5
S. Joseph	9 ans	39°,
Essl. Marthe	9 ans	39°,5
Sch. Eve	10 ans	39°,5

(Moyenne plus élevée chez les filles).

C'est au plus jeune âge que le degré est le moins élevé.

Influence de la forme. — Si nous comparons nos moyennes, dans les différents types, nous aurons :

1° CAS LEVISSIMES.

C. Emilie 38° P. Berthe. . . . 38°,2.

2° CAS BÉNINS. — 1^{er} TYPE RÉGULIER DE M. BERNHEIM.

M. Berthe. . . . 39°,5 S. Joseph 39°

Type régulier. — Période d'état de 2 septénaires.

G. H. 6 ans : 38°,5-38°,6 S. Victorine 6 ans : 39°,4-40°

(Degré plus élevé chez les filles).

3° TYPE RÉGULIER. — PÉRIODE D'ÉTAT DE 3 SEPTÉNAIRES.

N. Edouard. . . . 38°,5.

4° TYPE IRRÉGULIER.

Les irrégularités partant de la 3^e semaine.

G... Marie Louise : 39°,8 P. Elise (cas mortel) : 40°.

5° TYPE TOUT IRRÉGULIER.

S. Catherine. . . 40°-39 H. Louise. . . 38°.

Conclusions. — C'est la forme la plus légère qui accuse le degré le moins élevé ; c'est dans un cas mortel que nous voyons la plus haute moyenne.

Les moyennes les plus hautes se rencontrent dans les types irréguliers, d'autant plus hautes qu'il y a plus d'irrégularités. Si H. Louise fait exception, nous verrons pourquoi.

Dans les types réguliers, les moyennes sont moins élevées si la période d'état se prolonge.

Influence du sexe. — Dans des cas d'intensité analogue, la température est peut-être moins élevée chez les garçons que chez les filles.

Enfin, pour nous résumer en deux lignes, nous dirons que la température est moins élevée dans le jeune âge, ainsi que l'a constaté Parrot, qu'elle semblerait être moins élevée chez les garçons, que, sauf certaines formes abortives, c'est dans les formes graves, dans les formes irrégulières que l'on rencontre les moyennes les plus fortes.

CHAPITRE III

Appareil circulatoire.

Pouls. — Élément d'importance relative pour le diagnostic, la fréquence du pouls est, d'une façon générale, un signe sérieux ; au point de vue du pronostic, le pouls est souvent plus significatif que l'observation thermométrique (Bernheim).

D'une façon générale, la fréquence du pouls est d'un sérieux pronostic. Liebermeister a compté 40 décès sur 63 malades dont le pouls avait dépassé 120 pulsations ; Murchison, 21 sur 70 dont le pouls avait dépassé 110, et 30 guérisons sur 30 malades dont le pouls n'avait jamais dépassé 100.

D'après M. Parizot, *Thèse inaugurale*, Nancy 1884, un pouls irrégulier à période d'état est l'apanage de quelques formes graves.

Mais chez l'enfant l'extrême fréquence du pouls n'est pas un signe de gravité (Guéneau de Mussy, Homolle).

Bouchut toutefois émet un avis contraire ; pour lui le pouls est de 90 dans les cas légers, 120, 140, 160 dans les cas graves.

Il n'y a pas non plus d'accord sur la forme. Chez l'enfant, selon Parrot, le pouls est assez fréquemment irrégulier, quelquefois selon Rilliet et Barthez, assez rarement selon Cadet de Cassicourt.

Nous dirons comment nous l'avons trouvé, tant dans son ensemble que dans ses rapports avec la

température ; nous dirons ce que nous avons pu observer sur sa forme, sa fréquence, suivant les âges, le sexe, suivant la bénignité ou la gravité de la maladie.

Tracé artériel en général. — Considéré dans son ensemble, le plus souvent nous voyons le tracé artériel figurer une ligne brisée au-dessous du tracé thermique, avec apparence de parallélisme. Nous disons apparence, parce que fréquemment les points d'ascension et de descente de l'une et l'autre ligne ne concordent pas ; telle augmentation dans la fréquence du pouls peut correspondre à un abaissement de température, et tel abaissement thermique peut correspondre à une élévation de la ligne artérielle.

Dans la moitié des cas, le pouls a augmenté de fréquence au 2^e stade de la période d'état, dans les 2/3 des cas à la période des grandes oscillations. Souvent, à la période des grandes oscillations, la ligne artérielle s'entrecroise avec la ligne thermique ; plus rarement l'entrecroisement se produit sur la fin, plus rarement encore au début de la période d' tat. Lors de la convalescence, les deux tracés redeviennent distincts ; le tracé thermométrique s'abaisse, tandis que la courbe artérielle maintient son niveau. (Pl. VII, tracé VIII. — Pl. V, tracé VI.)

Tel, 3 fois sur 4, nous avons vu se dessiner le tracé du pouls.

Forme. — Considéré quant à sa forme, une seule fois nous l'avons trouvé irrégulier et quelque peu intermittent. C'était à la période d'état, au 11^e jour, chez un garçon de 6 ans, cas d'intensité moyenne.

En même temps le pouls était lent, 96 (90 à 100 à l'état normal), selon la remarque de Cadet de Cassicourt, qui déclare avoir toujours trouvé le pouls lent en même temps qu'irrégulier. Ajoutons que l'irrégularité n'a été que passagère, sans influence sur l'heureuse issue de l'affection. (Observ. XI, pl. IV, tracé V.)

Fréquence. — L'examen du pouls, relativement à sa fréquence, a donné lieu aux considérations suivantes :

Trois fois sur quatre, à la période d'état, une augmentation de fréquence est concomitante d'une élévation de température.

Le nombre des pulsations, dans les cas de bénignité ou d'intensité moyenne, n'a que rarement et temporairement dépassé 140. Signe funeste, si les battements se maintiennent à 140 ou plus ! (P. Elise, observ. III, pl. VI, tracé VII.)

Influence de l'âge. — Généralement, les pulsations sont d'autant plus nombreuses que l'âge est moins avancé. Ainsi, pour un même degré thermométrique, 38°, nous avons compté :

à 3 ans	138 pulsations.
à 8 —	118 —
à 9 —	104 —
à 10 ans, fille	132 —
à 11 ans, garçon	108 —

Pour un même degré thermométrique, 39°, nous avons compté

à 3 ans	140 pulsations.
à 6 ans 1/2	128 —
à 8 —	116 —
à 11 ans, garçon	104 —
à 11 ans, fille	140 —

Influence du sexe. — Ces chiffres, indépendamment de l'influence de l'âge, nous révèlent encore l'influence du sexe. Au-dessous de 10 ans, à température égale, nous voyons un même degré dans l'un et l'autre sexe ; mais à partir de 10 ans, nous voyons la température s'élever davantage chez les filles, et atteindre alors les degrés du premier âge ; et ce n'est pas là une anomalie, mais bien « un effet de cette excitabilité nerveuse qui existe chez la femme à l'état physiologique, et prend, à l'état pathologique, de très grandes proportions. » (Parizot, thèse inaugurale).

Résumé. — En résumé, presque constamment, nous avons trouvé le pouls régulier. Il y a beaucoup à craindre si le nombre des pulsations se maintient à 140, ou plus ! Au tout jeune âge, dans l'un et l'autre sexe, et aux âges voisins de l'adolescence, chez les filles, le pouls accuse plus de fréquence et l'on ne saurait juger de la gravité de la maladie, par le nombre des pulsations.

Epistaxis. — Peu communes pour Jules Simon, Cadet de Cassicourt, les épistaxis, dit Parrot, sont aussi rares chez les enfants que fréquentes chez les adultes ; quand elles se produisent, c'est plus tardivement, et les sujets très jeunes en sont complètement exempts.

Nous les avons notées chez 4 de nos malades, c'est-à-dire dans une proportion de 11,1 p. 100 ; 3 fois du 5^e au 8^e jour, deux fois sur la fin de la défervescence ; trois fois de 8 à 12 ans, une fois chez une très jeune à 2 ans, contrairement à l'exception formelle exprimée par Parrot. (H. L., observ. II.)

Entérorrhagie. — L'entérorrhagie, rare pour Homolle, Rilliet et Barthez, tout à fait exceptionnelle pour Parrot, s'est produite chez deux de nos malades, en justifiant chez l'un et l'autre le pronostic bénin de Trousseau. P. Emile, garçon de 8 ans, entré le 60^e jour de sa maladie, a eu, le 72^e jour, en pleine convalescence, une selle sanglante d'environ 100 grammes; une autre, H. Louise, enfant de deux ans, a eu une selle sanguinolente au commencement de la période d'état.

CHAPITRE IV

Appareil digestif.

Lèvres. — Selon Rilliet et Barthez, les lèvres seraient toujours sèches et croûteuses; or, seulement 4 fois sur 36 nous les avons vues telles, une fois dans le tout jeune âge, cas mortel, 3 fois au-dessus de 6 ans, dans des cas légers et d'intensité moyenne. Jamais les lèvres ne nous ont paru fuligineuses, conformément à ce que dit Parrot.

Langue. — Chez la plupart, la langue s'est maintenue humide, blanchâtre au milieu, rouge aux bords et à la pointe; deux fois nous l'avons vue saburrale, au-dessus de 6 ans, dans des cas d'intensité moyenne; quatre fois nous l'avons vue sèche et noirâtre au-dessus de l'âge de 6 ans, dans deux cas bénins et dans deux cas d'intensité relativement grave.

Pharynx. — La rougeur du voile du palais, des amygdales, de l'arrière-gorge, angine de début, peu persistante, 4 fois nous l'avons notée (11, 11 p. 100), une seule fois au-dessus de 8 ans, 2 fois en concordance avec une température élevée. Nous n'avons jamais constaté d'ulcérations.

Abdomen. — Nous avons constaté 7 fois le ballonnement du ventre, deux fois dans le tout jeune âge, à 2 ans, 2 ans et demi, 5 fois de 6 à 12 ans, 4 fois dans des cas bénins, 3 fois dans des formes prolongées; 4 fois nous avons constaté l'abdomen douloureux à la pression, 1 fois dans un cas d'intensité moyenne, 3 fois dans des formes irrégulières.

Le plus souvent le ballonnement s'est produit du 6^e au 14^e jour, ainsi que l'ont remarqué Rilliet et Barthez. Une fois seulement il s'est produit à une époque tardive et d'une manière persistante chez une enfant de 2 ans (observ. II).

Trois fois nous avons trouvé le ventre plat.

Appétit. — Nous avons noté l'anorexie dans la moitié des cas; Rilliet et Barthez, Homolle, la disent habituelle. Presque toujours nous l'avons notée comme eux, au début et à la période d'état.

Soif. — Nous n'avons, chez aucun, constaté de dégoût pour les boissons. Nous avons noté deux cas de soif intense, l'un chez une enfant de 10 ans, intensité moyenne; l'autre est un cas de forme irrégulière (H. Louise, observ. II). En cela nos propres observations concordent avec celles de Homolle, qui a trouvé la soif moins vive dans la dothiéntérie que dans les autres maladies aiguës, contrairement à Ch. West, qui dit la soif violente au début, intense à la période d'état.

Vomissements. — Fréquents pour Dieulafoy, signalés par Rilliet et Barthez dans la moitié, par J. Simon dans les 2/3 des cas, les vomissements se produisent habituellement dans les premiers jours, rarement à une époque éloignée. Parrot, contrairement à Ch. West, ne croit pas qu'ils appartiennent surtout aux formes graves; Homolle voit en eux une complication grave, s'ils sont tenaces, à une époque tardive.

Nous avons eu des vomissements dans le sixième des cas, soit 16, 6 p. 100.

Une fois seulement dans tout le jeune âge (2 ans), 4 fois au début. — 3 fois avec diarrhée; une fois avec constipation. — 2 fois dans des formes prolongées. 4 fois dans des formes bénignes; jamais ils n'ont été opiniâtres, et en aucun cas nous n'avons vu les vomissements suivis de nausées persistantes.

Ainsi nos observations confirment la remarque de Parrot et sont en opposition avec celle de Ch. West.

Diarrhée. — Chez l'adulte, dit Jules Arnoult (1), il est rare de voir la fièvre typhoïde évoluer sans diarrhée.

Murchison et Barth lui reconnaissent une fréquence de 93 p. 100.

Chez les enfants, au sujet de ce trouble fonctionnel, les auteurs expriment des opinions différentes. Ainsi Dieulafoy, dans son traité de pathologie interne, enseigne que la diarrhée est rare. Au contraire, Rilliet et Barthez la donnent pour habituelle. Parrot

(1) Dechambre, dictionnaire.

jugerait comme Dieulafoy: « de 18 mois à 3 ou 4 ans, et même plus tard, la diarrhée est rare. » (Parrot.)

Pour nous, relativement à sa fréquence, nous l'avons notée 26 fois sur 36 : fréquence 72,2 p. 100.

Relativement à l'âge, sur 7 cas au-dessous de 4 ans, nous l'avons notée 2 fois : 28,6 p. 100.

Douze fois nous l'avons observée dès le début, 7 fois dès la période d'état ; presque toujours jusqu'à la défervescence, et même jusqu'à la convalescence.

Nous l'avons constatée dans toutes les formes.

Deux fois seulement elle a été abondante, une fois chez une enfant de 9 ans, cas bénin, une autre fois chez une enfant de 2 ans, forme irrégulière.

Deux fois seulement elle a été involontaire ; nous avons noté une selle involontaire chez un garçon de 9 ans, au 9^e jour, cas d'intensité moyenne, et plusieurs, mais pendant une seule nuit, chez un garçon de 11 ans, dans une rechute.

En résumé, contrairement aux données de Dieulafoy et de Parrot, la diarrhée nous a paru être un symptôme assez habituel, dans toutes les formes, à tout âge, sans valeur pronostique.

Constipation. — Nous avons trouvé la constipation bien moins fréquente que la diarrhée. Nos observations n'ont pas justifié celles de Jules Simon et de Cadet de Cassicourt, qui disent la constipation fréquente au début et dans les cas graves.

Nous l'avons notée 6 fois sur 36. — 1 fois au-dessous de 4 ans, 5 fois au-dessus de 6 ans. — 1 fois dans un cas de fièvre typhoïde abortive et alors concomitante de vomissements (B. Eugénie, observ. IV).

3 fois dans des cas bénins, 2 fois dans des cas à évolution irrégulière. — 2 fois au début, 2 fois à la période d'état, 2 fois à la défervescence.

Ainsi, sur 4 cas mortels et 12 cas où la maladie s'est montrée intense, deux fois seulement nous avons noté la constipation ; donc, outre qu'elle nous a paru peu fréquente, surtout chez les enfants du premier âge, nous ne pouvons non plus la considérer comme spéciale aux cas graves.

Rate. — Barthez croit peu fréquente l'augmentation du volume de la rate ; Taupin exprime une opinion contraire : pour Jules Simon, elle se produit dans la moitié des cas ; Parrot ne croit pas que ce soit un fait constant, ni un phénomène de grande importance, vu que le gonflement splénique a lieu dans toutes les maladies infectieuses (Friedrich) et particulièrement dans les pyrexies (Hesse).

Pour nous, nous n'avons constaté que 2 fois la splénomégalie, chez des enfants de 8 et 9 ans, dans des cas graves.

CHAPITRE V.

Phénomènes cutanés.

Taches rosées lenticulaires. — Les taches rosées lenticulaires comptent universellement comme signe de valeur, pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. « Toute maladie fébrile, dit Homolle, dans laquelle

« apparaît du 7^e au 8^e jour une éruption de taches
« rosées lenticulaires, est une fièvre typhoïde. Toute
« fièvre continue qui, après 10 ou 12 jours, ne s'ac-
« compagne pas de taches rosées, n'est vraisemblable-
« ment pas une fièvre typhoïde » (1).

Mais si l'on s'accorde à en reconnaître l'importance, à les considérer comme habituelles chez l'adulte, il n'en est plus de même chez l'enfant ; alors les données varient quant à leur fréquence, leur nombre, leur durée, leur valeur pronostique.

Ainsi pour Rilliet et Barthez elles apparaissent 7 fois pour 100 ; pour Cadet de Cassicourt, pour Parrot, elles apparaissent dans les deux tiers des cas.

Assez souvent au nombre d'une ou deux, selon Parrot, elles sont, au contraire, habituellement nombreuses pour Hénoc, Jules Arnould, Homolle.

Considérées quant à leur précocité, elles se montrent habituellement, selon Cadet de Cassicourt, du 6^e au 12^e jour, rarement avant le 5^e, jamais après le 35^e (Louis et Grisolle) ; Cadet en a observé jusqu'au 40^e jour, et, parfois, aux premiers jours de la convalescence.

Enfin, comme valeur pronostique, Trousseau, Ch. West voient un signe grave dans leur abondance ; Rilliet et Barthez sont d'avis contraire, et Cadet de Cassicourt dit ne pouvoir, d'après leur nombre, préjuger de rien.

En ce qui nous concerne, voici ce qu'il nous a été donné d'observer :

(1) Jaccoud, *Dictionnaire*.

Sur 36 cas, nous avons compté 27 fois une éruption de taches rosées lenticulaires, soit une proportion de 75 p. 100.

Relativement au nombre, nous en avons toujours compté plus d'une ou deux.

Neuf fois elles ont été nombreuses ; cinq fois alors elles ont paru au-delà de la poitrine et de l'abdomen, gagnant le dos, le cou, le membre supérieur et la partie interne des cuisses.

C'est une extrême rareté de les voir au visage ; Louis et Murchison ne les y ont vues chacun qu'une seule fois ; Baümmler les y a constatées 2 fois, sur une série de 73 cas. Pour nous, nous les y avons rencontrées, et dans la même proportion que Baümmler, 1 fois dans notre série de 36 cas, chez un sujet de 8 ans, au 12^e jour :

OBSERVATION V. — S. Joseph, 8 ans, entré le 14 février, malade depuis le 6. Au début anorexie, céphalalgie, vomissements, diarrhée. Le 16, 10^e jour, quelques sibilances, ventre souple, très nombreuse éruption de taches rosées au thorax, à l'abdomen, au visage, râles sibilants et ronflants ; température : matin 38°, soir 39°,6 ; pouls : matin 128, soir 140.

Le 25, taches rosées très nombreuses, ventre souple, quelques ronchus disséminés. Le 3 mars, convalescence.

Relativement aux âges, nous les avons constatées, savoir :

au-dessous de 4 ans	3 fois sur 7	: 43 p. 100
— de 4 à 8 ans	6 fois sur 8	: 75 p. 100
— de 8 à 12 ans	17 fois sur 20	: 85 p. 100

Relativement à l'époque de leur apparition, nous ne saurions dire jusqu'à quel point elles ont été pré-

coces, parce que jamais ou presque nous n'avons eu nos malades aux premiers jours. Nous avons pu les observer du 6^e au 29^e jour, surtout du 6^e au 12^e ; 14 fois à la période d'état, 6 fois à la défervescence, 2 fois après la défervescence ; constamment nous les avons observées dans les rechutes.

OBSERVATION VI. — Rechute. N... Edouard, 11 ans, entré le 18 novembre, malade depuis 8 jours. Anorexie, diarrhée, épistaxis, quelques sibilances, t. m. 40°, s. 40°5, pouls 116, 124. Taches rosées à la base de la poitrine. Le 10 décembre, 30^e jour, convalescent.

Le 24 décembre, 44^e jour, rechute. Le 29, 5^e jour de la rechute, 6 taches rosées. Le 30, taches rosées plus nombreuses sur les parties latérales de l'abdomen, quelques unes sur le dos. Le 6 janvier, guérison.

OBSERVATION VII. — Rechute. G. Fanny, 11 ans. Rechute le 30 décembre. Le 6 janvier, nombreuses taches rosées à l'abdomen et aux cuisses. Le 9, nombreuses taches rosées. Le 14, plus de taches rosées. Le 29, apyrexie.

En comparant leur nombre à l'intensité de l'affection nous les avons vues nombreuses, savoir :

- 1 fois sur 6 dans les cas graves ;
- 1 — 6 dans les cas d'intensité moyenne ;
- 5 — 11 dans les cas bénins.

Pour nous résumer, nous dirons que nous avons constaté l'éruption des taches rosées lenticulaires chez les 3/4 de nos malades, que c'est le moins souvent qu'elles ont été nombreuses et qu'elles l'ont été de préférence dans les cas bénins, qu'elles ont augmenté de fréquence avec l'âge, qu'elles se sont manifestées principalement au 2^e septénaire, assez fréquemment néanmoins pendant la défervescence, et quelquefois pendant la convalescence.

Escarres au sacrum. — Les escarres du sacrum, peu communes pour Jules Simon, Homolle, Cadet de Cassicourt, excessivement rares selon Parrot, nous les avons notées dans 3 cas, soit 8,33 0/0. Nous les avons notées : 1° dans un cas mortel, chez une enfant de 3 ans, dans une rechute chez une enfant de 11 ans, dans un cas grave chez un garçon de 9 ans. Nous y reviendrons au chapitre des complications.

CHAPITRE VI

Appareil respiratoire

Six de nos malades, enfants de tout âge, 2 mois, 2, 3, 6 et 11 ans, n'ont éprouvé, du côté de l'appareil respiratoire, aucun retentissement ; les autres ont été affectés à des degrés divers.

Bronchite. — Dans 21 cas nous n'avons eu que de la toux, très rarement fréquente, avec sibilances et ronchus disséminés, sonorité normale. Ainsi la bronchite, que tous les cliniciens s'accordent à considérer comme fréquente, nous la constatons dans plus de la moitié des cas.

Elle s'est accusée 14 fois dans les formes bénignes, 7 fois dans les formes prolongées ou irrégulières. Considérée quant à sa durée, le plus souvent elle a commencé dès le début et persisté jusqu'au déclin ; quelquefois elle n'est survenue qu'à la période d'état, plus rarement lors de la défervescence.

Relativement à l'âge, nous la notons 3 fois à 6 ans, 4 fois à 7, 3 fois à 8, 7 fois à 9, 3 fois à 10 et 1 fois à 11 ans. Nous n'avons eu aucun cas de bronchite au-dessous de 6 ans.

Congestion. — La congestion, dit Parrot, est plus rare que la bronchite. Nous l'avons rencontrée chez une fille de 12 ans, entrée au 6^e jour de sa maladie, décédée le 9^e. Elle n'a accusé ni toux, ni sibilances, seulement de l'oppression. A l'autopsie, les poumons étaient congestionnés au deux bases. S. Augustine (observ. XII).

Pneumonie. — Une autre, R. Marie, âgée de 10 ans, (observ. VIII), entrée le 5 octobre, au 21^e jour, a accusé d'abord des symptômes de congestion ;

Le 5 octobre, température : matin 38°2, soir 39°5 ; son faible aux 3 derniers espaces intercostaux des 2 côtés ; respiration un peu rugueuse dans les bases.

Le 6, 37°5, 38° 4. Sonorité thoracique partout normale ; quelques râles muqueux à la base gauche. A la partie interne des deux fosses sous épineuses, respiration un peu soufflée et retentissement de la voix.

Les symptômes qui ont fait suite ont été ceux de l'inflammation.

Le 9, 38°, 38°5, râles crépitants à la base gauche.

Le 10, 37°4, 38°8, râles sous-crépitanes à la base gauche.

Le 11, 37°, 39°4, respiration soufflée et râles crépitants à partir de l'angle de l'omoplate jusqu'à la base gauche. Son peu ample et plus élevé sous la clavicule gauche.

Le 13, 38°, 38°2, souffle nazonné avec râles fins dans les trois derniers espaces gauches. Plus de souffle....

Le 17, respiration nette.

Nous compterons donc un cas de pneumonie lobaire, survenue à la période d'état. Jules Arnoult croit la pneumonie lobaire possible à toute période ; quelques auteurs l'ayant niée, Rilliet et Barthez ont dit que c'était à tort.

Broncho-pneumonie. — Nous avons eu cinq cas de broncho-pneumonie ; nous l'avons rencontrée à tout âge, 27 et 30 mois, 3, 6, 9 et 10 ans ; jamais dans les formes bénignes, trois fois dans les formes prolongées, deux fois dans les formes irrégulières. Toujours elle est survenue pendant la période d'état, pour s'éteindre pendant la défervescence, après une durée de 8 à 10 jours.

Deux fois la broncho-pneumonie a été mortelle, dans le tout jeune âge, 27 mois et 3 ans.

P. Elise (observ. III). — Ehl... Charles (observ. IX ci-dessous).

OBSERVATION IX. — Ehl... Charles, entré le 12 mars 1891. Pas d'antécédents héréditaires.

Malade depuis 10 jours. L'affection aurait débuté par de la fièvre, de la diarrhée, 5 à 6 selles par jour ; tousses depuis le début.

Depuis son entrée, température entre 40° et 38°8. Etat actuel, 16 mars : respiration peu accélérée, pouls régulier. Le son paraît plus faible au sommet droit ; respiration nette au sommet droit ; à la base droite quelques râles muqueux. A gauche, râles sous-crépitants dans toute la hauteur.

Facies anxieux. Pommette droite rouge.

Mort le 18 mars.

Résumé. — En résumé, c'est la bronchite qui a été la plus fréquente. L'appareil respiratoire n'a été sérieusement atteint que dans le sixième des cas ; un cas de pneumonie lobaire, cinq de broncho-pneumonie.

Nous rencontrons cette dernière dans la proportion de 13,8 0/0, proportion supérieure à celle de Cadet de Cassicourt, qui, après l'avoir donnée pour très rare, lui a ensuite reconnu une fréquence de 4,35 0/0. Si, au-dessous de 6 ans, nous ne rencontrons pas de bronchite, par contre nous rencontrons la broncho-pneumonie, et ce n'est que dans le tout jeune âge que nos malades y ont succombé.

CHAPITRE VII

Système nerveux.

Dans les troubles nerveux nous comprenons la céphalalgie, le délire, les modifications produites dans l'habitus extérieur, dans les fonctions intellectuelles, les convulsions, contractures, paralysies, etc...

Céphalalgie. — Nous avons rencontré la céphalalgie 26 fois sur 36, soit 72,22 p. 100, bien que Parrot ait relaté qu'elle s'accuse rarement. Nous l'avons rencontrée à tous les âges, toujours au début. Trois fois seulement elle a été violente, dans un cas de forme abortive, dans un cas d'intensité moyenne, dans un cas où la mort est survenue le 9^e jour.

Délire. — Dieulafoy enseigne que le délire est peu fréquent; Parrot, qu'il est plus fréquent que la cépha-

lalgie. Nos observations vont à l'encontre de ces données; nous avons vu le délire chez 8 de nos malades, proportion de 22,2 p. 100, tandis que la céphalalgie a été bien plus fréquente, 72,2 p. 100.

Parrot dit que chez l'enfant c'est le plus souvent un délire d'action; or, nous avons eu chaque fois un délire de paroles, auquel s'est joint, mais seulement chez deux de nos malades, un délire d'action, délire nocturne; ceux-ci se levaient la nuit, ou cherchaient à se lever.

Relativement à l'âge, nous ne l'avons pas observé au-dessous de 6 ans, remarque en concordance avec celle de Rilliet et Barthez, qui en exemptent le tout jeune âge.

Relativement à l'intensité, Vogel, Archambault disent les formes violentes exceptionnelles; pour nous, nous n'en avons pas constaté. C'était le plus souvent un délire modéré comme forme, comme fréquence, délire limité au début, sauf deux exceptions: dans un cas grave, nous avons encore du délire au 19^e jour; dans un autre, cas bénin, nous avons constaté le délire depuis le jour de l'entrée, 9^e jour, jusqu'au jour de l'apyrexie. Nous rapportons son observation :

OBSERVATION X. — Sch. Eve, 10 ans, entrée le 14 janvier 1892. A l'âge de 5 ans, a craché du sang pendant une quinzaine de jours. Alitée depuis le 25 décembre 1891. — Depuis ce jour perte de l'appétit — le lendemain diarrhée. — Au bout de 5 jours s'est mise à tousser très fort pendant 3 ou 4 jours. — Beaucoup d'agitation, de délire. — Etat actuel : Langue assez nette, humide — ventre souple, ballonné, peu douloureux. Nombreuses taches rosées (une douzaine environ) sur le thorax — quelques-unes sur

l'abdomen et la partie supérieure des cuisses — une selle diarrhéique depuis hier — matité splénique pas augmentée. Sonorité normale. Sibilances dans toute la poitrine — t. 39°,9 matin, 40°,4 soir. Pouls 116, 128 — 7 janvier : langue sèche, délire la nuit. — Taches rosées abondantes — une selle diarrhéique depuis hier, t. 38°,4 matin, intelligence nette, t. 37°,6, 39 — pouls 120, 132. Langue sèche, nombreuses taches rosées — ventre souple — 2 selles diarrhéiques depuis hier ; beaucoup de délire la nuit. — 11, langue blanche au milieu, rouge sur les bords ; ronchus et sibilances ; taches rosées abondantes ; une selle diarrhéique la nuit. — 14, langue humide, moins de délire, 3 selles diarrhéiques depuis hier, peu abondantes, t. 37°, 38°,8 — pouls 112, 116. Tousse toujours beaucoup. Encore quelques taches rosées, ventre souple, indolor, t. 36°,6 38°, pouls 124, 128. — 15, pas de selle depuis hier ; ne délire plus, pas d'agitation, un peu d'appétit ; encore quelques taches rosées plus nettes. — 16, t. 36°,6, 37 — pouls 120 ; pas de selle depuis hier. — 20, t. 36°,7, pouls 108, 124 ; langue humide, nette ; ventre souple, indolor, 3 ou 4 taches rosées ; une selle diarrhéique depuis hier. 2° jour d'apyrexie.

Pour nous résumer, nous dirons que nous avons noté le délire dans un peu plus du 5° des cas, dans les cas bénins comme dans les cas graves, délire le plus souvent modéré, nocturne, limité à la période de début ; relativement aux âges, nous ne l'avons pas rencontré au-dessous de 6 ans.

Somnolence. — Nous n'avons constaté qu'une fois la somnolence, dans un cas d'évolution régulière, avec prolongation de la période d'état ; nous rapportons l'observation.

OBSERVATION XI. — G... Henri, 6 ans, entré le 10 novembre 1891. Mère assez bien portante, anémie légère, touse d'habitude. Père bien portant, un frère de 19 mois, chétif, convulsions, une sœur morte à 2 mois, dans le service, athrepsique. Antécédents personnels : nourri au sein pendant 16 mois, à l'âge de 3 ans a été

3 mois malade, maladie inconnue. Habituellement a de la diarrhée, toussé ; pâle, chétif. La maladie actuelle a débuté il y a 8 jours par une fièvre intense, joues colorées, mains brûlantes, frissons continuels ; toussé plus que d'habitude, se plaint de douleurs dans le ventre, dans les côtés ; céphalalgie intense.

Avant que cette maladie se soit déclarée, l'enfant avait du délire la nuit, se levait ; dans la journée avait parfois des paroles insignifiantes ; air pensif, perdu, ne répond pas quand on lui cause. — Diarrhée, 5 à 6 selles par jour ; appétit conservé. — 10 novembre, t. 39°. — 11, 37°, 39°. — 12, 38°1, 39°2. — 13 matin, 38°4, pouls 96, avec quelques intermittences et très légères irrégularités. — Pupilles égales, assez largement dilatées, sans taches rosées. — Enfant amaigri, lymphatique, chapelet ganglionnaire en avant du sterno-mast, intelligence nette. — Son un peu plus faible dans la fosse sous-épineuse gauche, égale au-dessous. Respiration soufflée et retentissement de la voix à la partie interne de la fosse sous-épineuse droite ; quelques râles sous-crépitaux à la base droite. — En avant sonorité moindre sous la clavicule gauche ; respiration nette à droite, plus obscure à gauche. — 14, l'enfant est toujours dans un état de somnolence, t. 38°2, 39°, pouls 116, régulier. N'a pas eu de selle depuis hier ; ventre souple, pas de vomissements, se plaint toujours du mal de tête.

Rate non augmentée de volume. — Toujours assoupi (le 17), ventre souple, pouls 108, t. 38° m., 39°2 s. ; respiration assez nette partout, toujours soufflée au sommet droit ; pouls assez dépressible, mais régulier. — 19, même état ; quelques taches rosées. — 23, toujours assoupi.

3 décembre, va bien, température normale.

Abattement. — Quatre de nos malades ont eu de l'abattement, à la période d'état, d'une manière non persistante.

Stupeur. — Une fois seulement la stupeur a fait suite à l'abattement et précédé la mort.

OBSERVATION. — S. Augustine, 12 ans, a eu à 4 ans broncho-

pneumonie, est souvent faible, éprouve des vertiges. Malade depuis 6 jours, entrée le 8 mai. — L'affection a commencé par des douleurs intestinales, céphalée intense, diarrhée très liquide et abondante ; forte fièvre, soif très vive. — Les parents sont bien portants, ont 5 autres enfants bien portants.

Etat actuel : 8 mai, soir, 41°. — 9 mai, matin, 39°5. La malade n'accuse plus de douleurs violentes à la région abdominale ; elle a un facies anxieux, une respiration un peu haletante. Ventre ballonné, mais souple ; délire nocturne. Abattement, parole difficile ; langue rouge, gorge un peu enflammée ; l'intelligence persiste. Pointe du cœur au siège habituel.

10 mai, épistaxis, a rendu quelques gorgées de sang ; parole difficile ; l'intelligence persiste, t. 39°6, 40°2. Ventre plat, pas de taches rosées, ni de délire ; la pointe du cœur bat normalement.

11 mai : Stupeur profonde, yeux fixes, comprend peu les questions, t. 39°4, pouls 200. Respiration nette en avant et en arrière, pas de cyanose.

Autopsie. — Poumons très emphysémateux en avant ; bases congestionnées. Pas d'épanchement dans le péricarde, valvules saines. Tissu du cœur pâle, jaunâtre, assez ferme. Taches graisseuses à la surface du foie ; tissu pâle, jaunâtre.

Rate très volumineuse, un peu friable.

Congestion veineuse des reins.

L'intestin grêle est pris dans toute son étendue. Les plaques de Peyer sont saillantes partout. Psorentérie excessive, commençant à un mètre de la valvule. A 1 mètre de la valvule, plaques de Peyer tuméfiées ; les dernières seules sont ulcérées ; les escarres ne sont pas détachées. Ulcérations confluentes au niveau de la valvule. Follécules tuméfiés dans toute l'étendue du gros intestin. Pas d'ulcérations dans l'estomac. Congestion très marquée.

Perte de connaissance. — L'une de nos malades, 6 ans, forme abortive, a eu, par moments, perte de connaissance ; un autre, 9 ans, forme irrégulière,

grave, du 6^e au 11^e jour, ne reconnaissait pas sa mère.

Convulsions, contractures, paralysies. — Nous n'avons constaté ni convulsions, ni contractures, ni paralysies.

CHAPITRE VIII

Marche, durée.

Dans l'enfance, dit Parrot, la fièvre typhoïde a une allure plus rapide, sa durée est habituellement moins longue que chez l'adulte ; voilà ce que l'on peut dire d'une manière générale.

Cadet de Cassicourt donne la durée comme extrêmement variable, oscillant entre un minimum de 18 à 20 jours et un maximum de 42 à 49 jours, et même davantage.

Dans nos cas, nous n'avons pas de durée moindre que 15 jours, et la plus longue a été de 73 jours :

OBSERVATION XIII. — P. Emile, 8 ans ; entré le 60^e jour, 5 octobre 1891, t. 39°, 40° — sibilances généralisées, râles sous-crépitaux à la base gauche — 17 octobre, selle sanglante — 18 octobre, 73^e jour, température normale.

Entre ces chiffres de durées extrêmes nous avons des chiffres intermédiaires : 15, 20, 30 et 40 jours.

Nous comptons, comme durée, 4 cas de 15 jours, 15 cas de 19 à 20, 6 de 30, 2 de 40.

Chez les plus jeunes, 2 et 4 ans, nous avons compté 15, 22 et 30 jours ; la durée semble indépendante de l'âge.

Début brusque. — Six cas nous ont donné un début brusque. Subitement les malades étaient pris de frissons, céphalalgie, fièvre intense, parfois en outre vomissements, agitation, délire. L'un de ces cas a été mortel, quatre ont fourni une évolution irrégulière ; le sixième, une forme abortive.

Dans ce dernier cas, au 10^e jour, au lendemain de l'arrivée de la malade, les symptômes se réduisaient à de légers symptômes abdominaux et thoraciques ; au 14^e jour, défervescence, au 16^e, apyrexie. Dans ce cas, après les coups violents du début, la maladie a pris une allure calme, comme elle fait dans les cas bénins, qui ont été les plus nombreux.

Dans ceux-ci, habituellement, pas de début brusque. L'affection procède par une céphalalgie légère, un peu d'agitation, de rêvasserie, s'accuse ensuite par des troubles relativement peu intenses du côté des voies digestives et respiratoires. La marche n'a pas eu d'autres caractères chez la moitié et plus de nos malades. Vers la fin du 2^e septénaire, avec la descente de la courbe thermique, on notait successivement le retour du sommeil calme, de l'appétit, du jeu régulier des fonctions digestives, puis, peu à peu, le retour des forces physiques.

Marche dans le tout jeune âge. — Il est à remarquer que, dans le tout jeune âge, la marche a eu le

plus habituellement l'allure calme et la durée relativement courte des cas bénins, avec des symptômes peut-être encore plus atténués.

Dans les cas de forme régulière, à période d'état prolongée, la maladie s'est accusée par une même suite de symptômes, mais plus accentués. L'invasion était marquée par une céphalée plus intense, un délire plus agité, plus tard par certaine extension des troubles fonctionnels.

G. Henri avait au 12^e jour, mais ce jour-là seulement, des troubles cardiaques, auxquels ont fait suite des signes de broncho-pneumonie, avec aggravation des symptômes nerveux; le malade était toujours assoupi. Cet état a persisté jusqu'au 22^e jour, date de la défervescence.

Les cas de forme irrégulière ont eu une durée de 30 à 40 jours. Ici, sauf un cas exceptionnel auquel nous avons consacré un chapitre spécial, la marche s'est affirmée par des symptômes encore plus accusés que dans la forme précédente, tant du côté de l'appareil digestif, que du côté de l'appareil respiratoire et du système nerveux. Splénomégalie dans la moitié des cas, broncho-pneumonie plus fréquente, et surtout des troubles nerveux plus étendus. H. Paul était toujours dans la somnolence, dans le délire; il poussait un cri fréquent, ne cessait de gémir, et, phénomène non constaté dans les formes précédentes, il avait l'intelligence atteinte et ne reconnaissait pas sa mère.

G. Marie était devenue sourde; S. Catherine avait de la rétention, puis de l'incontinence d'urine. Ce n'est

que dans ces cas que des escarres se sont produites. C'est donc une marche accidentée par les plus graves complications.

Sur le déclin, c'est tout d'abord sur l'état nerveux que porte l'amélioration ; l'enfant commence par renaître au monde extérieur, son intelligence se réveille ; son sommeil cesse d'être agité ; les fonctions digestives se rétablissent peu à peu, et, plus lentement encore, les forces physiques.

CHAPITRE IX

Complications.

Rarement le mal n'a frappé que l'intestin ; chez 31 de nos malades, 86 p. 100, il a atteint d'autres organes.

Appareil respiratoire. — Nous avons vu combien souvent l'appareil respiratoire a été affecté ; cinq fois seulement il est resté intact. La complication la plus fréquente a été la bronchite. Nous avons eu 5 cas de broncho-pneumonie dont 2 mortels. La pneumonie lobaire, si rare au début que Griesinger n'en compte personnellement qu'une observation, mais possible à toute période (Homolle, Picot et d'Espine), nous l'avons constatée dans un cas de forme prolongée, à la période d'état, chez une enfant de 10 ans. (Observ. VIII.)

Angine. — L'angine, que Parrot reconnaît plus fréquente chez les enfants, nous l'avons notée 4 fois ;

3 fois elle n'a été qu'un symptôme de début ; une fois elle a été persistante ; au 15^e jour nous constatons encore de la rougeur au voile du palais, de la rougeur et du gonflement aux amygdales.

Noma. — Le noma, dont M. Tourdes a rapporté à la fièvre typhoïde 7 de ses 98 cas, nous a fait totalement défaut.

Parotidite. — B. Léon, 7 ans, cas bénin, a eu, à sa convalescence, une parotidite double :

OBSERV. XIV. — B. Léon, 7 ans, entré le 22 décembre, malade depuis 12 jours. Céphalalgie, vomissements, anorexie. — 21 décembre, taches rosées, t. 38°. — 5 janvier, apyrexie, bon appétit, panaris superficiel au niveau de la 2^e phalange du pouce gauche. Abscès du volume d'un œuf de pigeon à l'angle du maxillaire droit, depuis 8 jours. — 7 janvier, va bien.

9 janvier : abcès gros comme un œuf de pigeon au niveau de l'apophyse mastoïde droite. — 17 janvier, abcès allant de l'apophyse mastoïde à l'oreille gauche.

25 janvier, va bien. — 2 février, quitte l'hôpital, guéri.

Complications abdominales. — H. Louise avait l'estomac dilaté. R. Emile, aux 17^e et 22^e jours, a eu des selles involontaires qui n'ont eu, selon la remarque d'Homolle, aucune signification grave. H... Louise, au 7^e jour, a eu une selle sanguinolente.

Hémorrhagie intestinale pendant la convalescence. — P. Emile a eu, au 72^e jour, une selle sanglante d'environ 100 grammes, sans suites funestes.

Nous n'avons à noter ni muguet, ni péritonite. Nos convalescents n'ont éprouvé ni intolérance gastrique ni diarrhée rebelle.

Pouls irrégulier. — Du côté du cœur, nous avons

mentionné, chez G. Henri, forme prolongée, des irrégularités avec quelques intermittences, le 11^e jour seulement (observ. XI). Nous n'avons eu aucune épistaxis abondante.

Troubles urinaires. — S. Catherine, type irrégulier, a eu le 6^e jour de la rétention d'urine, le 19^e, de l'incontinence. V. François, 9 ans, des urines involontaires les 14^e et 17^e jours, H. Paul, le 18^e jour.

G. Marie-Louise, devenue sourde le 20^e jour, l'était encore, à un degré moindre, dans sa convalescence. Aucun de nos malades n'a eu d'affaiblissement de la mémoire, ni de troubles de motilité. Nous n'avons à constater non plus ni paralysies, ni aphasie, ni convulsions, ni contractures. Les troubles psychiques, dont les prédisposés seraient seuls passibles (J. Arnoult), ne se sont jamais produits.

Abcès. — Nous avons eu des abcès, superficiels et profonds ; chez B. Léon, à la convalescence, abcès superficiel à la seconde phalange du pouce. P. Elise, au 17^e jour, a eu un abcès de la joue droite, qui s'est ouvert un peu en arrière de la commissure des lèvres, la muqueuse étant demeurée saine.

D. Edouard, entré le 19 septembre 1891, traité pour une fièvre continue, sorti guéri le 10 novembre. Durant sa maladie, D. Edouard s'est toujours plaint de la hanche droite. Le 21 novembre, il rentre dans le service pour une tuméfaction molle, fluctuante en arrière et au-dessus du grand trochanter, région fessière droite, tuméfaction douloureuse à la palpation, sans que la peau soit rougie ni adématiée, sans que l'articulation souffre à se mouvoir et sans qu'il se

soit produit d'ensellure lombaire. Le 6 décembre, ponction avec un appareil aspirateur; il s'en écoule 200 grammes de pus. Ce pus, examiné au point de vue bactériologique par M. le professeur Macé, a donné une culture de bacilles d'Eberth.

Escarres du sacrum. — Les escarres du sacrum, rares pour Cadet de Cassicourt, Homolle, J. Simon, constatées dans la proportion de 6 p. 100 par Rilliet et Barthez, excessivement rares selon Parrot, se sont produites chez 2 de nos malades. 1° H. P... (observ.), 9 ans, type irrégulier, avait au 16^e jour, 10 janvier, à la région sacrée droite, une escarre comme une pièce de 5 fr., qui n'a fait que croître en étendue et en profondeur, sans aller au-delà de la couche musculaire, et qui a mis plus de 4 mois à guérir, malgré le matelas d'eau.

2° P. Elise, 3 ans (observ. III), forme irrégulière, cas mortel, a eu des escarres nombreuses à la région lombaire, aux fesses, à la nuque. Atteinte en même temps d'une otite purulente, d'un vaste abcès de la joue, d'une broncho-pneumonie devenue purulente, elle a succombé à l'infection pyohémique le 30^e jour.

Erysipèle, — diphthérie, — ulcérations laryngées. — Nous n'avons eu à constater dans aucun cas l'érysipèle, la diphthérie, l'ulcération de la muqueuse laryngée.

Mortalité. — Cadet de Cassicourt, chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, compte une mortalité de 8 0/0. J. Arnoult écrit que, au-dessous de 15 ans, il y a moins de décès que chez les adultes; il cite une statistique de Claubry, où, dans une même épidémie, les cas mortels ont été de 11,12 0/0 chez les enfants,

alors qu'ils atteignaient une proportion de 22 0/0 chez les adultes. Jules Arnoult ajoute : « Les très jeunes enfants résistent mieux à la dothientérie ; les cas de mort sont rares au-dessous de 10 ans. »

Nos propres observations ne confirment pas cette dernière donnée. Nous comptons 4 décès sur 36, 11,11 0/0 Sur ces 4 décès, 3 frappent les enfants du tout jeune âge : 2 mois, 27 mois, 3 ans. Les cas de mort n'ont donc pas été rares au-dessous de 10 ans, et même ce sont les très jeunes enfants qui ont eu le moins de résistance ; sur 6 de 3 ans et au-dessous, 3, soit 50 0/0, ont succombé.

Mort subite. — La mort subite, d'une fréquence de 2 0/0 pour Dieulafoy, 5,7 0/0 (Libermann) 4 sur 22 (Marvaud), et qui, le plus souvent frappe aux premiers jours de la convalescence, n'a frappé aucun de nos sujets.

CHAPITRE X

Convalescence. — Rechutes

La convalescence part de la cessation de la fièvre. A cette période, surtout si la fièvre a été de longue durée, les malades sont amaigris, l'énergie musculaire, très affaiblie ; l'estomac ne s'accommode qu'avec peine des aliments, même légers ; des vomissements, des diarrhées peuvent réapparaître.

Convalescence franche. — Dans le service nous

n'avons pas revu de vomissements, une fois l'apyrexie obtenue; la diarrhée a effectué parfois quelques légers retours, non persistants. L'intelligence s'est maintenue entière; nous n'avons eu à signaler ni hallucinations, ni délire, ni affaiblissement de mémoire, ni troubles de motilité, ni troubles nerveux d'aucun ordre, sauf pourtant un cas de surdité survenue à la période d'état, persistante, mais atténuée, pendant la convalescence.

Convalescence accidentée. — Dans 3 cas, nous avons eu des manifestations gangréneuses; mais dans un cas seulement elles ont persisté pendant la convalescence.

Hypothermie. — Dans la moitié des cas, le thermomètre a accusé une température inférieure à 37°; ce qui, loin d'avoir une gravité quelconque, indique plutôt une convalescence confirmée (Homolle).

L'hypothermie s'est maintenue habituellement pendant 4 ou 5 jours. « Nous avons noté 11 jours chez « B. Eugénie (pl. IX, tracé X), 15 chez H. Camille. « Tantôt l'hypothermie a été constante, tantôt elle a « été interrompue par des retours fébriles, légers et « fugaces, ou plus accentués, plus longs, révélant par « des oscillations successivement ascendantes, station-
naires, descendantes, une nouvelle évolution du
« procès typhique, autrement dit une rechute. »

Rechutes.

Avec M. Bernheim, nous définirons la rechute une seconde poussée typhique qui succède à une première poussée terminée; nous appellerons recrudescence

une seconde évolution commençant pendant la période régressive, non encore terminée, de la première.

Celle-ci survient pendant la défervescence; nous n'avons pas eu l'occasion de l'observer; celle-là survient pendant la convalescence, et, d'après Wunderlich, Homolle, on peut considérer la convalescence comme certaine, quand la température est restée normale pendant 48 heures.

La rechute se caractérise : 1° par le temps d'apyrexie qui la précède, 2° par la marche de la courbe thermique, 3° par des symptômes correspondant à une nouvelle évolution typhique.

Toutefois, entre la rechute et la recrudescence, « on ne connaît pas de limite rigoureuse; certaines recrudescences tardives constituent de vraies rechutes anticipées qui empiètent sur la maladie première, sans intervalle apyrétique (Jaccoud). »

La rechute, habituellement, reproduit dans leur ordre d'apparition régulière, avec une durée moindre, les phénomènes de la maladie première; la fièvre évolue avec ses stades successifs; mais elle peut aussi avoir un début brusque, revêtir une forme abortive.

Elle peut être double, triple, quadruple. Hallopeau a constaté 4 rechutes consécutives bien caractérisées.

Vogel les tient pour rares; Hensch, non; Picot et d'Espinasse partagent l'avis d'Hensch.

En ce qui nous concerne, nous avons noté la rechute chez 6 de nos malades, 16,6 p. 100. Murchison, quant à la fréquence, a noté 3 p. 100, Liebermeister, 8,6 p. 100, Immermann, 15,6 p. 100.

Liebermeister a compté 4 rechutes doubles sur 150; un seul des nôtres a eu 2 rechutes consécutives.

Nous n'avons pas eu de rechutes triple ni quadruple.

La durée a été moindre que celle de la première évolution ; nous avons compté 8, 10, 15 jours, après des évolutions premières de 22, 24, 33 jours. Les plus longues ont été de 18 et 22 jours. Dieulafoy leur reconnaît une durée habituelle de 8 à 12 jours ; Jules Arnould, 15 jours.

Relativement aux symptômes, contrairement à ce qui se passe d'habitude, dans un cas nous les avons trouvés plus intenses que pendant la première évolution. N. Edouard (observ. VI), avait à la première phase de l'anorexie, des selles diarrhéiques volontaires, délire nocturne d'action et de paroles, une seule tache rosée ; à la rechute, nous avons constaté, outre l'anorexie, des selles diarrhéiques involontaires, des vomissements qui ont persisté pendant 5 jours, des taches rosées nombreuses ; par contre, peu de délire.

Quant aux tracés, nous avons vu G. Marie (pl. III, tracé IV), reproduire presque le type classique, à la période ascensionnelle.

Chez G. Fanny, qui a eu 2 rechutes, nous remarquons que les 3 poussées ont figuré l'une et l'autre des irrégularités à toutes les périodes.

Dans le tracé de M. Berthe (pl. VII, tracé XI), la courbe s'élève par oscillations régulières jusqu'au soir du 4^e jour ; le 5^e elle commence sa défervescence. Homolle dit que dans les rechutes la période d'état peut manquer ; notre observation confirme sa remarque.

Quant au pronostic, toutes nos rechutes ayant abouti à l'apyrexie, nous pouvons, avec Grisolle, Griesinger, Barthez, Jaccoud, Dieulafoy, leur assigner un pronostic bénin.

CHAPITRE XI

Formes

Forme légère. — La forme la plus fréquente a été la forme dite légère, ou bénigne, caractérisée par son évolution courte et des troubles modérés ; l'état fébrile succédait à une période prodromique de malaise et d'inappétence ; aux troubles gastriques moyennement accentués s'adjoignaient le plus souvent de la toux et de la sibillance ; après 12 à 14 jours, le malade entrait dans la période d'amélioration progressive ; le 20^e jour, il était guéri.

Forme abortive. — Nous avons cité un cas de forme abortive (B. Eugénie, observ. IV), chez qui les symptômes brusques et accentués aux premiers jours sont tombés peu après au degré de ceux de la forme précédente, pour disparaître plus rapidement.

Forme abdominale. — Dans 2 cas, l'abdomen a été particulièrement frappé ; dès le début, les malades accusant de ce côté des douleurs intenses, puis une diarrhée abondante. H. Camille, 12 selles par jour, pendant 6 jours. Idem, S. Augustine, cas mortel (observ. XII.)

Forme thoracique. — Six de nos malades ont eu

l'appareil respiratoire particulièrement atteint. Nous avons relaté, aux chapitres des troubles respiratoires et des complications, 1 cas de pneumonie lobaire et 5 cas de broncho-pneumonie.

Forme adynamique. — La forme adynamique, caractérisée par une prostration considérable et persistante, délire, surdité, urines et selles involontaires, s'est manifestée dans 4 cas de forme prolongée et irrégulière. (Voir G. Henri, observ. XI.)

Forme cardiaque.

Notre travail touchait à sa fin, quand un dernier cas s'est présenté à notre observation :

D. Emile, 8 ans, entré le 18 juin 1892. Aucun antécédent. Malade depuis 8 jours. Début par mal de dents, mal de gorge, lassitude générale, douleur abdominale, selles diarrhéiques, 3 ou 4 par jour. Pas de mal de tête, ni d'épistaxis.

Etat actuel. 17 juin, 8^e jour : t. 39° m., 40° s. ; pouls 130, dépressible, — bouche béante, facies stupide, ventre un peu tendu, assez souple.

18 juin, t. 39° m., 39°8 s., pouls 150, petit, dépressible. Submatité en arrière, depuis l'angle de l'omoplate.

19 juin, 10^e jour, grand affaissement. Ne répond plus aux questions ; avale à grand'peine un peu de vin de Champagne ; t. 38°7, pouls imperceptible ; on ne saurait compter les pulsations.

Meurt à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie n'a pu se faire, et néanmoins le diagnostic n'est pas douteux. Si nous ne constatons pas de céphalalgie, nous savons qu'elle peut faire défaut, ainsi que l'épistaxis et les taches rosées ; celles-ci du reste peuvent être tardives, et même manquer dans les

cas graves. A l'absence de complications, à l'intensité du mal, à la fréquence et à la mollesse du pouls nous devons reconnaître la forme signalée en 1882 par M. Bernheim, la forme cardiaque. La marche a été trop rapide pour que la fibre du cœur ait pu être altérée notablement ; c'est uniquement sur son innervation que le poison typhique est venu frapper.

La mort est, dans ce cas, la terminaison la plus habituelle.

CHAPITRE XII

Pronostic. — Traitement.

Le pronostic ressort suffisamment de notre description. Il faut toujours espérer, parce que le plus souvent, quelque sérieuse qu'elle paraisse, l'affection a une issue favorable. C'est ce qui s'est produit chez nos malades ; quelques-uns, frappés d'adynamie longue et intense, sont arrivés quand même à la guérison. Mais, dans le tout jeune âge, la résistance a été le plus souvent insuffisante. et nous devons surtout redouter une issue funeste.

Quant au traitement, rappelons qu'il n'existe aucune médication spécifique et que le traitement abortif est un mensonge (Roger). Nous n'opposons non plus aucun traitement systématique, aucune méthode exclusive (Roger, Cadet, Picot et d'Espine)

Dans les formes légères, l'indication étant de combattre la tendance à l'affaiblissement, nous demeurerons sobre d'intervention ; nos soins tendront à soutenir les forces ; nous alimenterons nos malades avec le lait, le bouillon ; les aliments solides seront proscrits. Sur la face, le cou, les extrémités, deux fois par jour, on pratiquera des lotions à l'eau froide additionnée de vinaigre aromatique, à titre de stimulant externe du système nerveux. Pour boisson, de la limonade vineuse, dose du vin proportionnée à l'âge.

Si la diarrhée est abondante : salicylate de bismuth ; au besoin des lavements additionnés d'une à trois gouttes de laudanum de Sydenham.

Dans les cas d'adynamie prononcée, nous donnerons du thé au rhum, l'extrait de quinquina, le vin de Champagne.

Contre l'hyperthermie : le sulfate de quinine, l'antipyrine ; dans les cas d'agitation, de délire intense : le chloral, le bromure de potassium.

Dans les formes graves, le traitement général sera secondé par celui des complications : ventouses sèches dans les formes thoraciques ; l'extrait de ratanhia avec l'eau de Rabel dans les cas d'entérorrhagie ; lotions phéniquées, matelas d'eau, dans les cas d'escarres au sacrum.

A la convalescence, nous rendrons graduellement, mais avec une extrême prudence, l'alimentation plus substantielle ; c'est le thermomètre à la main que nous en suivrons les effets, et si nous constatons un retour fébrile ou de l'intolérance gastrique, nous n'hésiterons pas à revenir au régime lacté.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 30 Juin 1892.

FELTZ.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 30 Juin 1892.

Le Recteur,

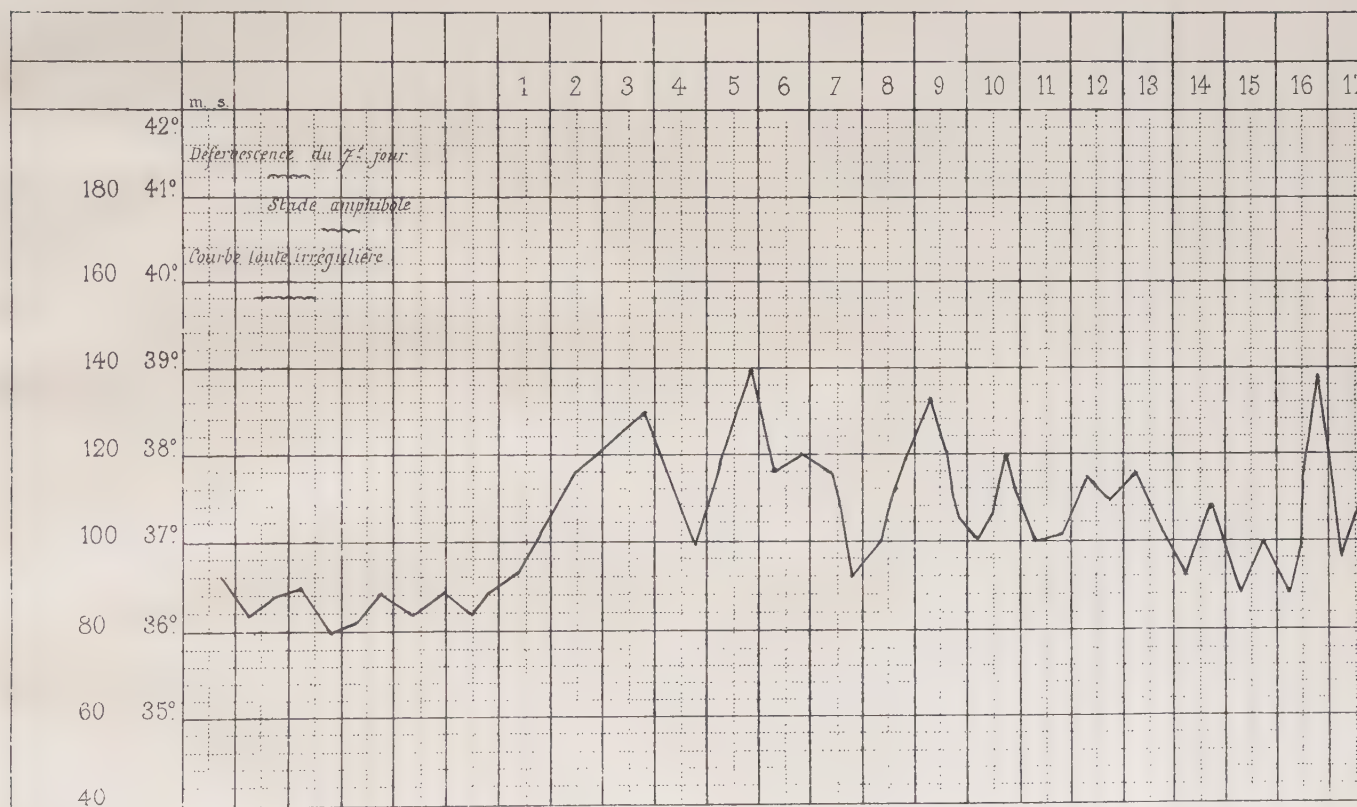
E. MOURIN.

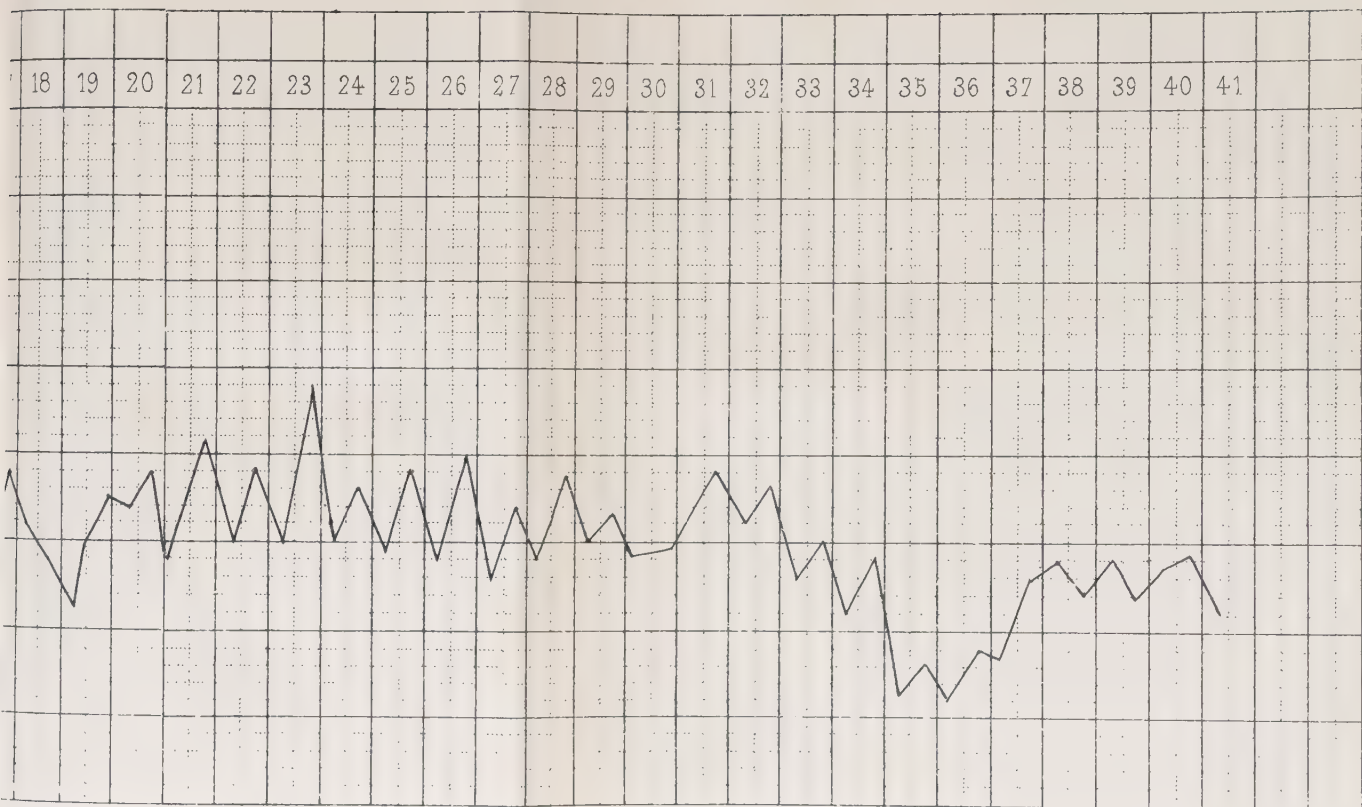


BIBLIOGRAPHIE

- WUNDERLICH. — Température dans les maladies.
- BERNHEIM. — Leçons de clinique médicale, Paris 1877.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, Paris 1880.
- CH. WEST. — Leçons sur les maladies des enfants, Paris 1875.
- PICOT et d'ESPINE. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, Paris 1889.
- BAGINSKY. — Traité des maladies des enfants, Paris 1892.
- BILLIET et BARTHEZ. — Traité classique des maladies infantiles.
- J. SIMON. — Conférences sur les maladies des enfants (*Progrès médical*, 1884).
- PARROT. — Leçons sur la fièvre typhoïde chez les enfants (*Progrès médical*, 1883).
- JACCOUD. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- DECHAMBRE et LEREBOUT. — Dictionnaire des sciences médicales.
- P. PARIZOT. — Recherches sur le pouls, dans la fièvre typhoïde (*Thèse inaugurale*, Nancy 1884).
- LE GENDRE. — Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde (*Thèse*, Paris, 1886).
- LICHT. — Rechutes dans la fièvre typhoïde (*Thèse*, Nancy, 1887).
-

Planche I Tracé I





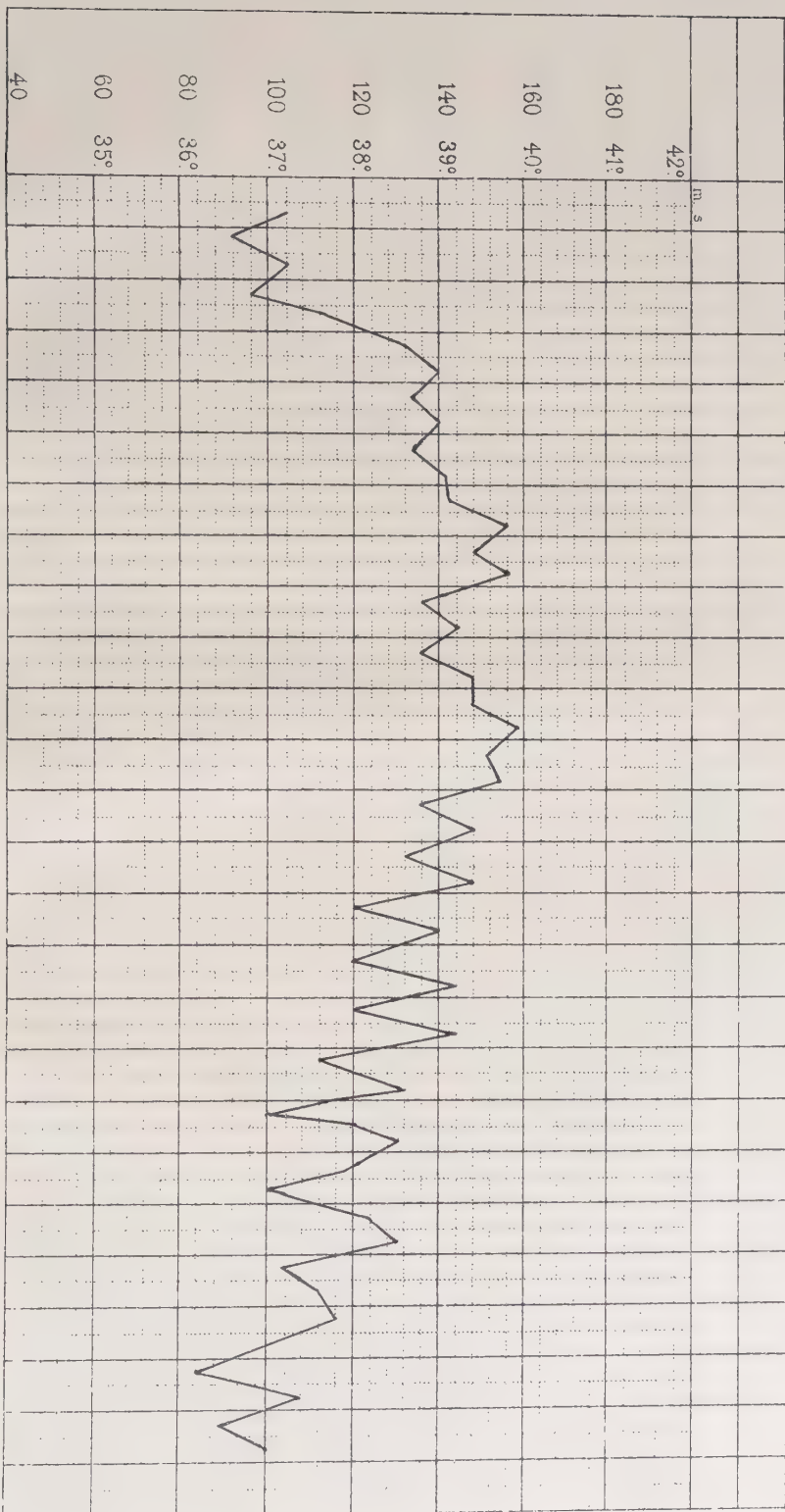


Planche III

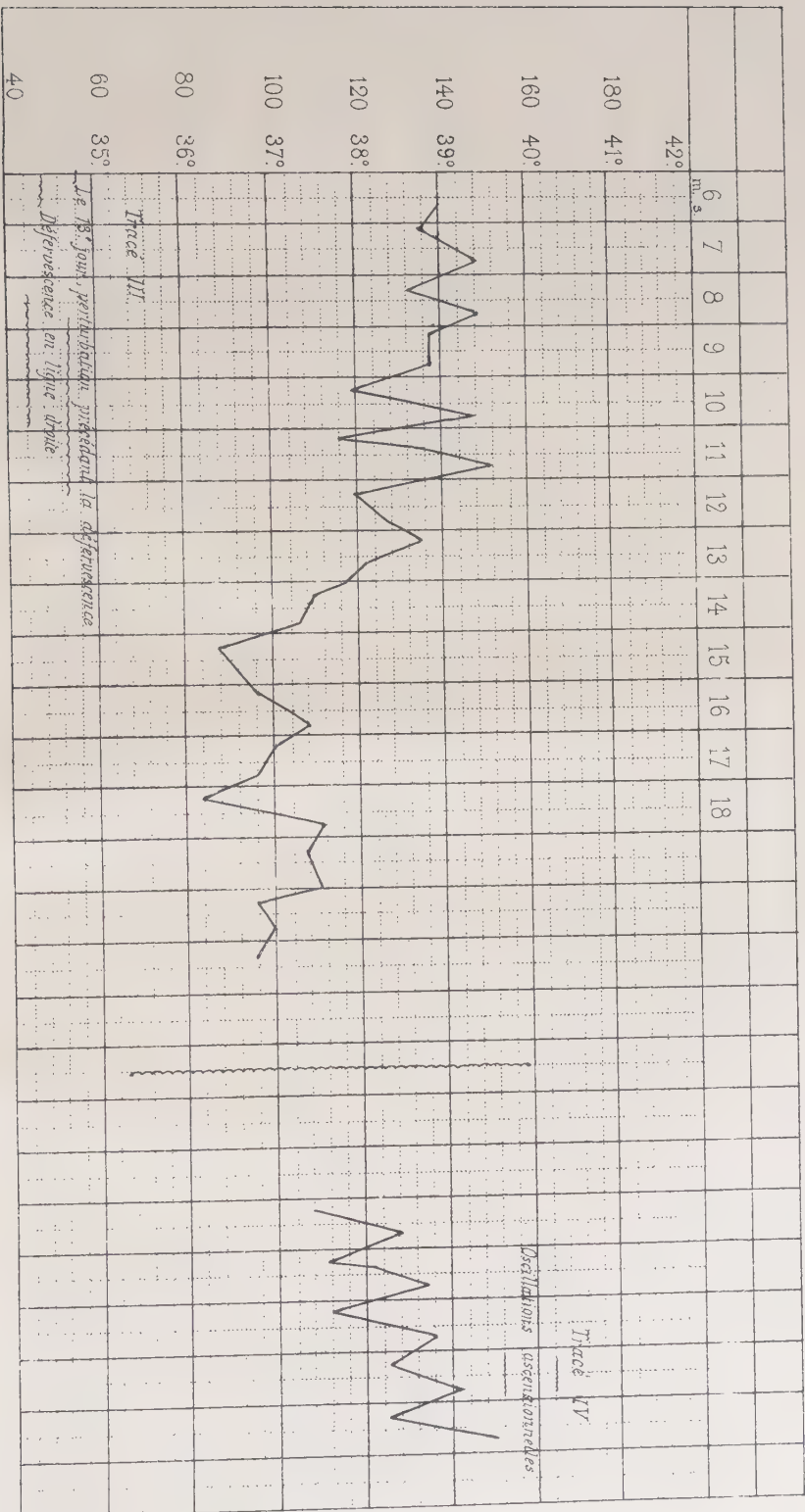


Planche IV Tracé V *prolongation de la période d'état*

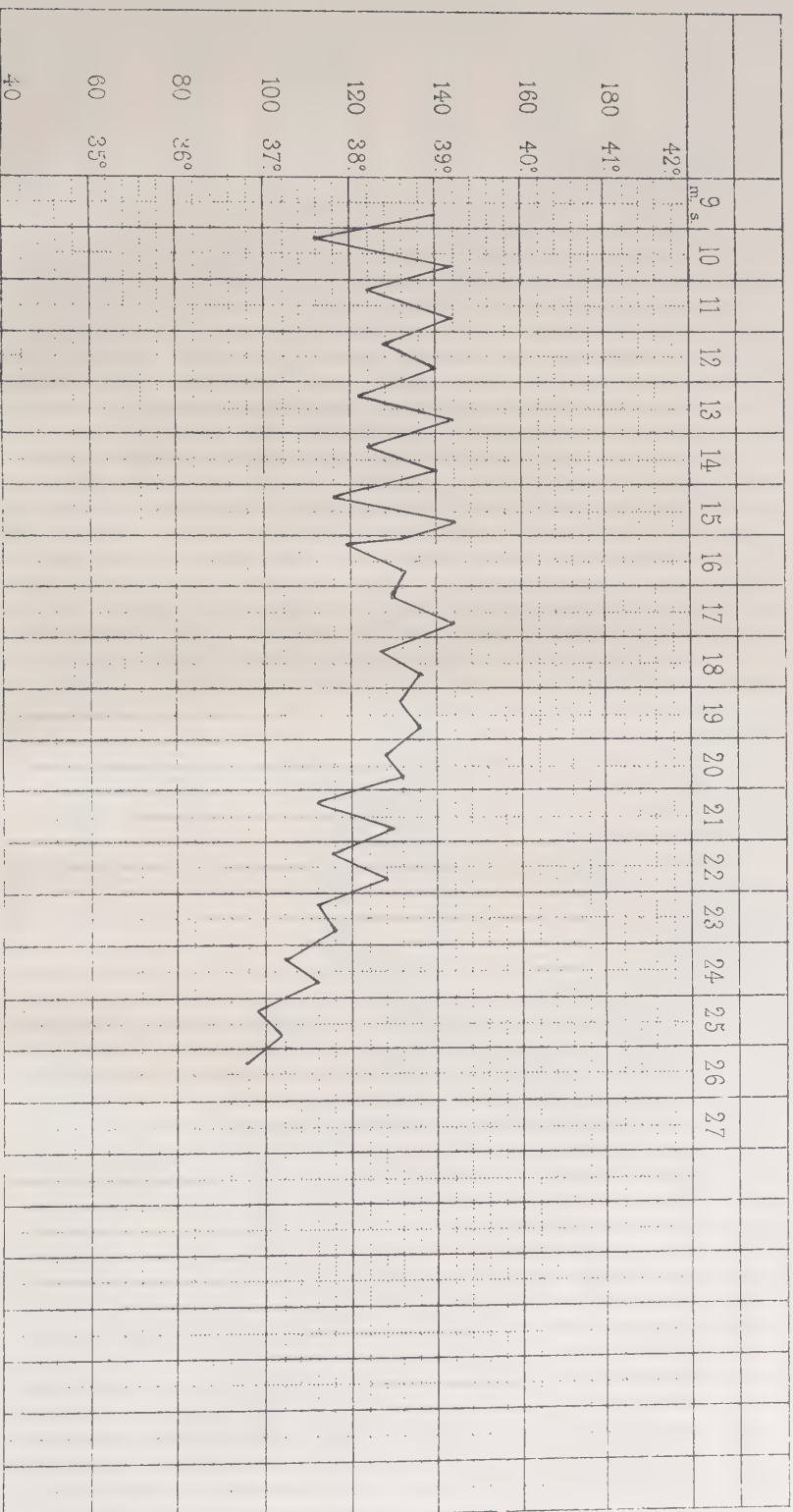


Planche V Trace VI prolongation de la période d'état
A la déferrescence la coupe artérielle flève son niveau.

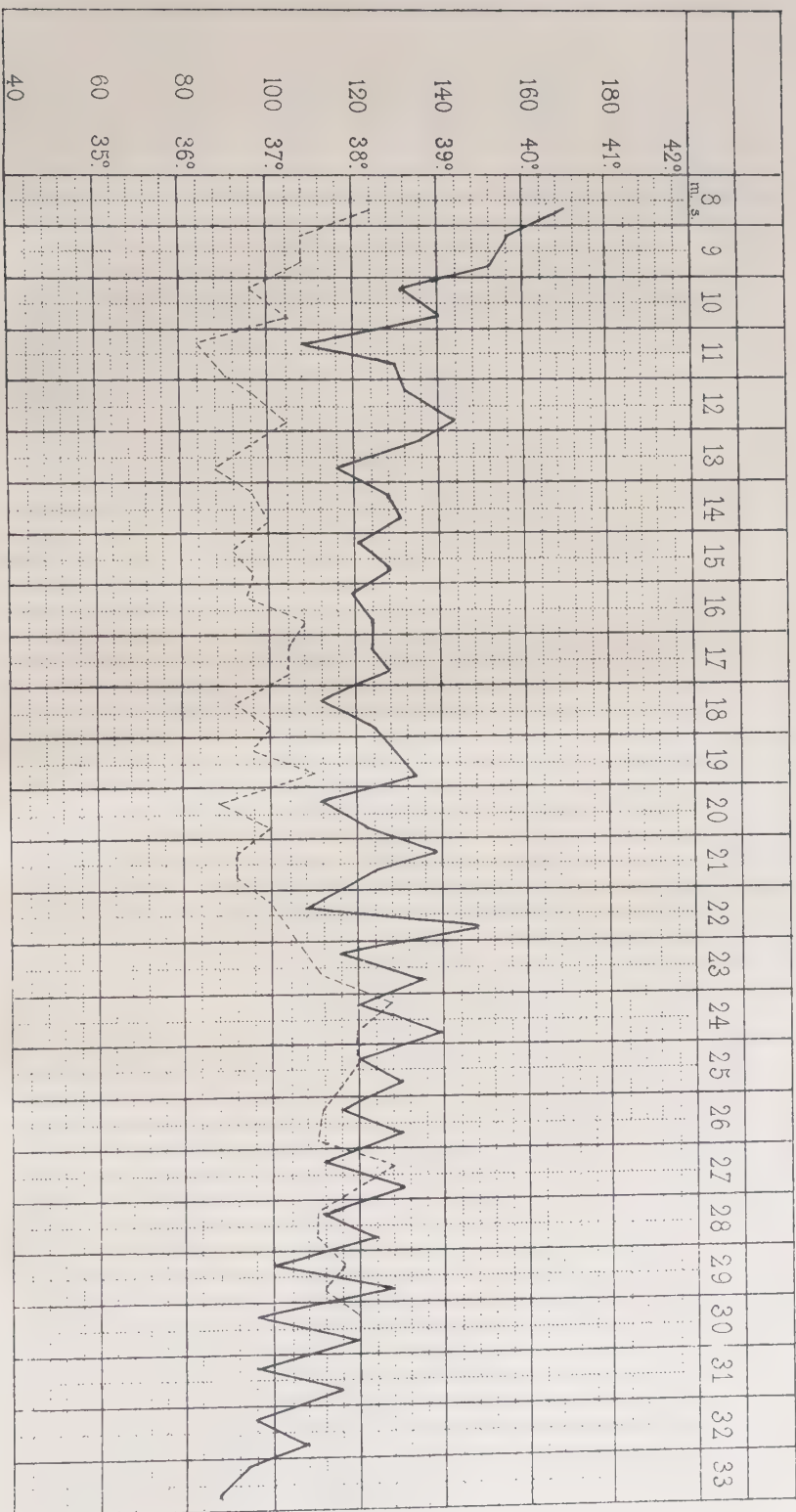


Planche VI - Trace VII ~

Type irrégulier ~ Stade amphibole

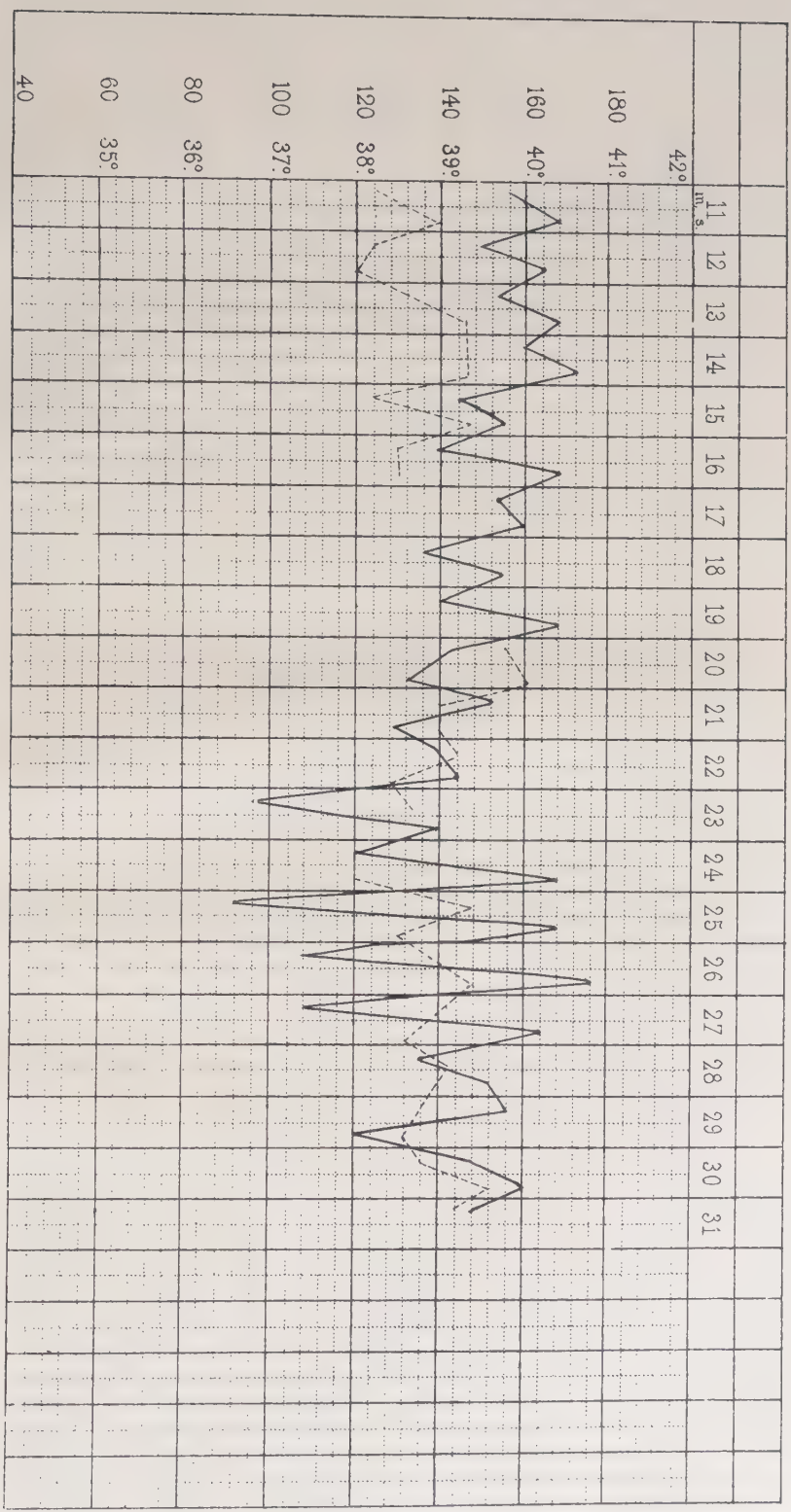


Planche VII

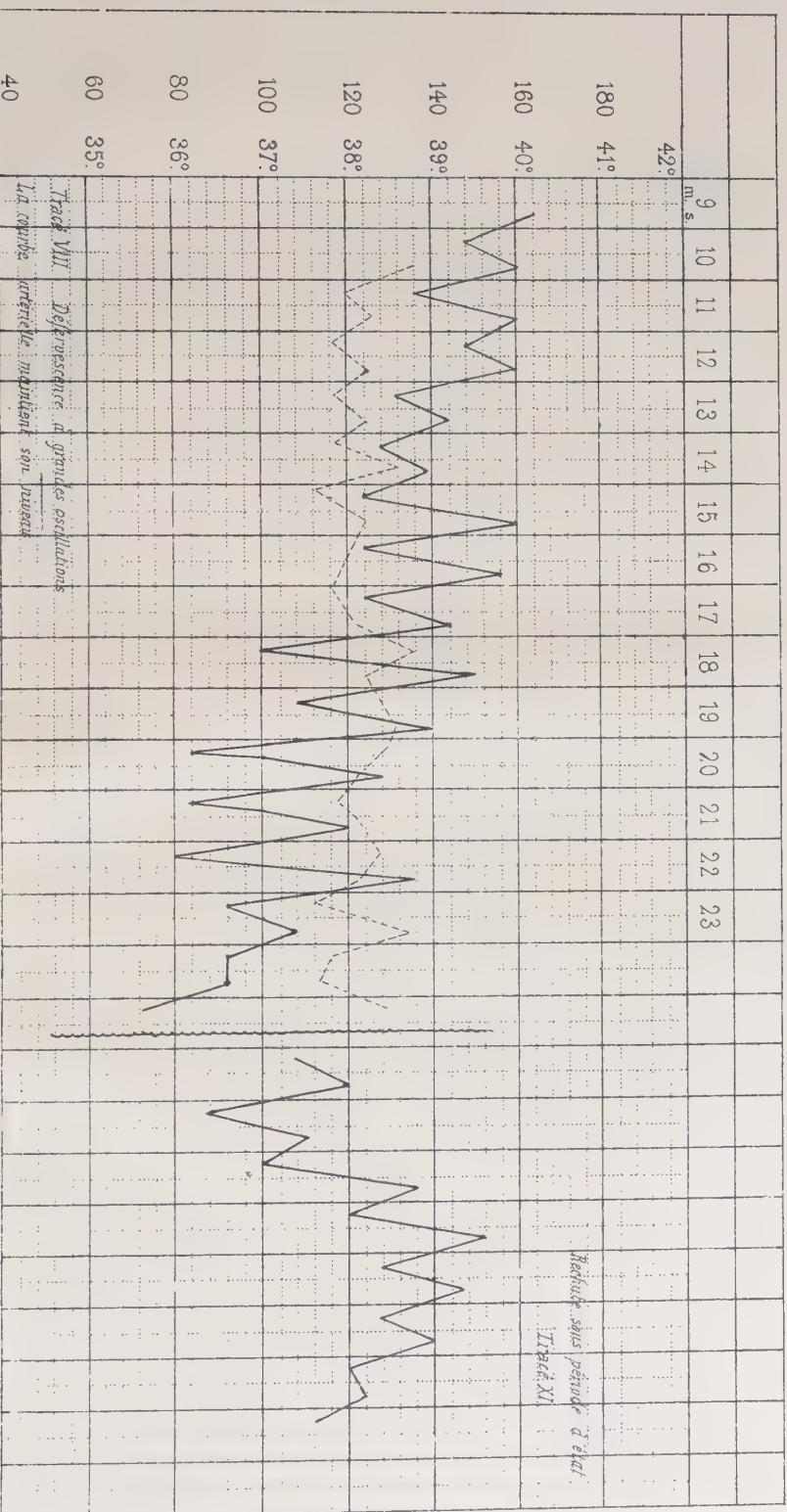


Planche VIII

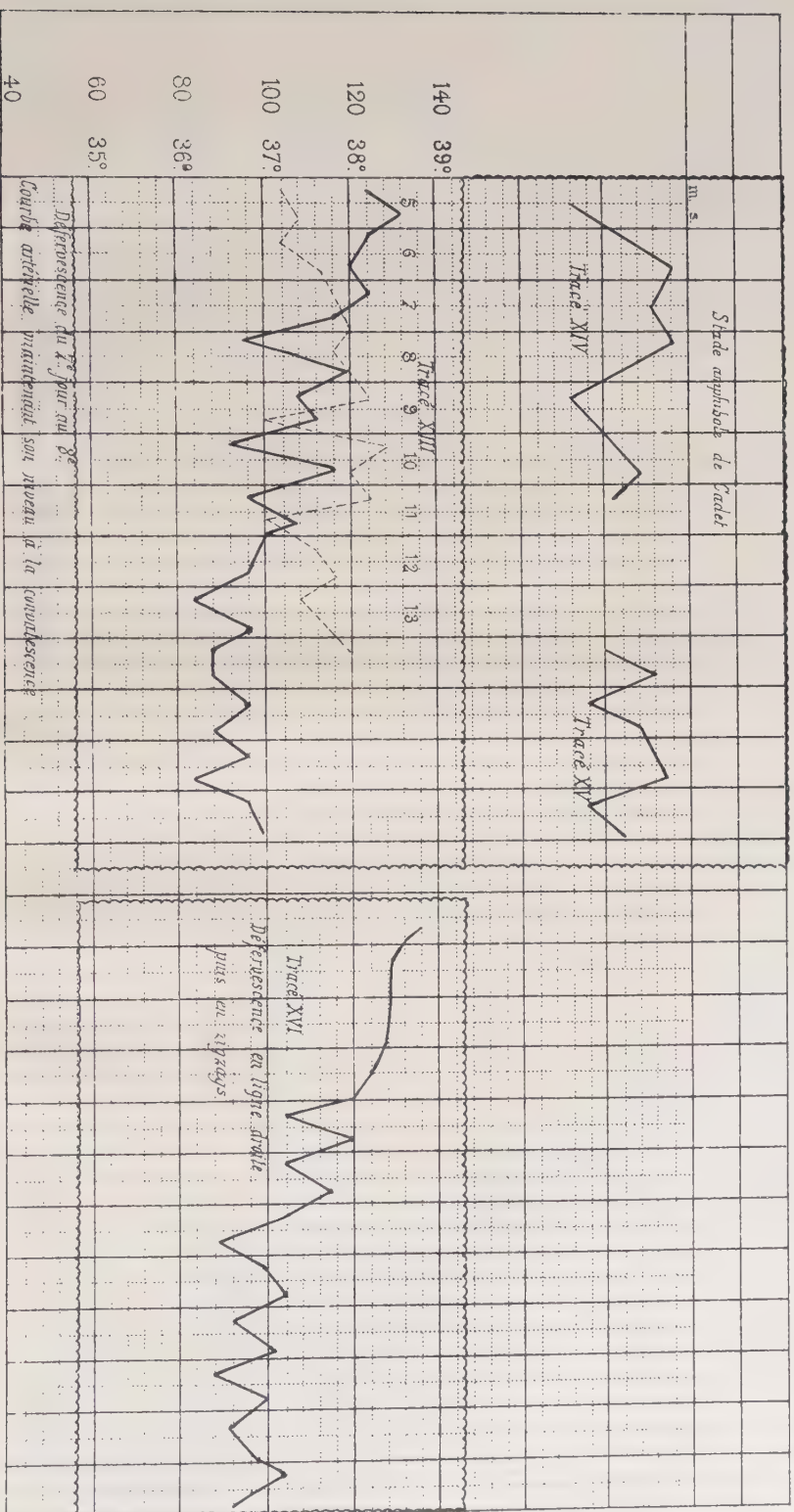


Planche IX Tracé X

